SCIENCES HUMAINES

Les Grands Dossiers SCIENCES HUMAINES

LES TROUBLES MENTAUX

Nouvelles parades contre l'ennemi intime

Bipolarité
Dépression
Anorexie
Burn-out
Hyperactivité
Schizophrénie
Stress post-traumatique
Addiction aux écrans
Écoanxiété
Alzheimer...

DOM/S : 10,9 € - DOM/A : 12,30 € - BELUX : 10.5€ - CH : 16 FS – CAN : 17,95 $CA –ESP/ITA/GR/PORT CONT : 10,9 € - MAR : 110 MAD – TOM : 1420 XPF - TUN : 16,9 TND

L 18932 - 76 H - F: 9,90 € - RD

Cahier culture

Peut-on vivre de sa plume? • Les zombis débarquent quai Branly

SCIENCES HUMAINES

BOUTIQUE EN LIGNE

« UNE ŒUVRE MONUMENTALE, ATYPIQUE, EN DEHORS DES ÉCOLES DE PENSÉE. »

CHEZ VOTRE MARCHAND DE JOURNAUX

OU SUR COMMANDE EN SCANNANT CE QRcode

TOUTES NOS PUBLICATIONS SUR NOTRE SITE **WWW.SCIENCESHUMAINES.COM**

ÉDITORIAL

Troubles mentaux: formes et parades

© Cordula Treml / Collection personnelle

Souvent, se comparer, c'est se consoler. En 1954, l'étude «Midtown Manhattan» estimait que 81,5% des New-Yorkais présentaient des symptômes de trouble mental. Même mises bout à bout, toutes les psychopathologies qui affectent aujourd'hui la population française sont loin d'approcher ce chiffre! Ah, alors ça ne va pas trop mal, penseront les plus optimistes. C'est à voir. La santé mentale n'est pas une mince affaire. Être en bonne santé mentale suppose, selon l'Organisation mondiale de la santé, «*un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté*». Bigre! Pour s'accorder 10 sur 10 à tous ces critères, il faut être sacrément satisfait de sa vie – avec peut-être une tendance narcissique (trouble de la personnalité) ou euphorique (trouble bipolaire)... Si le bien-être mental est une manière d'être au monde active et positive, sans douleur ni inquiétude, on voit bien qu'il ne saurait être que transitoire. Chacun de nous, en fonction de ses variables biologiques et de son environnement, risque fort de faire l'expérience des troubles mentaux. Ou d'en rencontrer autour de soi.

Ce *Grand Dossier*, qui présente la large palette des psychopathologies, entend surtout montrer dans quel état se trouve notre psychisme – individuel et collectif – en cette première moitié du 21e siècle. Depuis la pandémie de covid, les indicateurs de la santé mentale se sont dégradés, notamment chez les jeunes. Il y a davantage d'idées et de tentatives de suicide, de dépressions, de troubles anxieux... Pourtant, les spécialistes qui s'expriment dans nos pages font tous apparaître une forme d'espoir. Oui, les troubles mentaux, des plus modérés aux plus graves, peuvent se soigner et, sinon se guérir, du moins s'équilibrer, s'atténuer, devenir plus supportables. Les patients et leur entourage sont des acteurs de cette approche moins fataliste des troubles mentaux. Le «tout médicament» ne règne plus en maître, pas plus que le «tout psychothérapie». Contre l'ennemi intime qui peut nous faire tant souffrir, l'arsenal s'enrichit, renforcé par des recherches tous azimuts. À condition d'avoir accès aux soins, mais c'est là une autre histoire... ●

SOPHIE GHERARDI

Elles et ils ont participé à ce numéro

1 © Collection personnelle

2 © Collection personnelle

3 © Collection personnelle

4 © Astrid di Crollalanza

5 © Collection personnelle

6 © Collection personnelle

7 © Collection personnelle

8 © Université de Genève / Nader Ali Perroud

9 © Collection personnelle

1 Jean-François Marmion est psychologue, journaliste scientifique, collaborateur régulier de *Sciences Humaines* et auteur de nombreux livres dont *L'incroyable histoire de la psychologie* (les Arènes BD, 2023). Il a conçu le sommaire de ce Grand Dossier.

2 Cécile Barth-Rabot est professeure de sociologie à l'université Paris-Nanterre, elle dirige le master des métiers du livre et de l'édition. Elle a dirigé, avec Gisèle Sapiro, *Profession? Écrivain*, (CNRS éd., 2017).

3 Thierry Baubet est professeur de psychiatrie à l'université Sorbonne Paris-Nord et chef de service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie à l'hôpital Avicenne de Bobigny, AP-HP.

4 David Gourion est psychiatre à Paris. Il a été chef de clinique à l'hôpital Sainte-Anne. Parmi ses derniers ouvrages : *Antistress* et *Guérir nos âmes blessées. La révolution des thérapies* (Marabout, 2022 et 2023).

5 Bernard Granger est psychiatre et universitaire. Il dirige l'unité de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Cochin à Paris. Il est l'auteur de nombreux livres dont, avec Daria Karaklic, *Les Borderlines* (Odile Jacob, 2012).

6 Jean-Baptiste Maranci est praticien hospitalier dans le service des pathologies du sommeil de la Pitié-Salpêtrière, chercheur à l'ICM (Institut du cerveau et de la moelle épinière).

7 Maria Melchior est épidémiologiste et directrice de recherche à l'Inserm. Elle est spécialiste des déterminants sociaux en santé mentale, notamment dans le contexte de la pandémie. Elle est l'autrice de *Santé mentale. Un défi pour le 21e siècle* (Michalon, 2023).

8 Nader Perroud est psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève et professeur à l'université de Genève (Suisse) et à l'université Dalhousie (Canada). Il a publié *Manuel de l'hyperactivité et du déficit de l'attention* (avec Martin Desseille et Sébastien Weidel, Eyrolles, 2020).

9 Maria Stavrinaki est professeure en histoire de l'art contemporain à Lausanne, et cocommissaire de l'exposition « L'âge atomique. Les artistes à l'épreuve de l'histoire » avec Julia Garimorth, au Musée d'art moderne de Paris.

ET AUSSI

Philippe Charlier est anthropologue et commissaire de l'exposition « Zombis – La mort n'est pas une fin » au musée du quai Branly – Jacques Chirac.

Angélique Excoffier est psychologue clinicienne. Elle est l'autrice, avec Christine Deroin, de *«Mon père fait des montagnes russes dans sa tête». La bipolarité*, Oskar, 2015.

Jean-Pierre Guichard est psychiatre, auteur de *Les Troubles bipolaires en 100 mots. Pour mieux connaître la bipolarité*, Ellipses, 2019.

Sadeq Haouzir est psychiatre et médecin hospitalier au centre hospitalier du Rouvray (Rouen). Il est l'auteur, avec Amal Bernoussi, de *Les Schizophrénies. De la naissance du concept aux avancées neuroscientifiques actuelles*, 4e éd., Dunod, 2020.

Patrick Lemoine est psychiatre, il a publié, entre autres, *La Santé psychique des génies. Génies du bien, génies du mal* (Odile Jacob, 2022).

François Louboff est psychiatre. Il a publié *Dire adieu. Petit guide psychologique du deuil* (Payot, 2013) et *Guérir d'un abus sexuel* (Les Arènes, 2018).

Jérôme Palazzolo est psychiatre, chercheur associé au Laboratoire d'anthropologie et de psychologie cliniques, cognitives et sociales à l'université de Côte d'Azur. Il a publié *Se soigner par les TCC* (éd. Enrick B., 2023).

Alain Perroud est psychiatre, spécialisé dans le traitement des troubles des conduites alimentaires. Parmi ses ouvrage: *Savoir traiter l'anorexie mentale. Des racines de la maladie à sa prise en charge globale* (RMS, 2021).

Hervé Platel est professeur de neuropsychologie, à l'Inserm U1077, université de Caen-Normandie.

Jean-Christophe Villette est psychologue du travail et des organisations, directeur général du cabinet Ekilibre Conseil, consultant expert en prévention des risques psychosociaux et enseignant universitaire.

Philippe Zawieja est psychosociologue. Il dirige la recherche du cabinet Ekilibre Conseil.

Les Grands Dossiers Sciences Humaines

38 rue Rantheaume – 89004 Auxerre Cedex

RELATION CLIENTS VENTES ET ABONNEMENT
03 86 72 07 00
serviceclients@scienceshumaines.fr
Sylvie Rilliot - Mélina Lanvin
Bénédicte Marrière

DIRECTRICE DE LA RÉDACTION
Heloïse Lhérété @HeloiseLherete
COORDINATION ÉDITORIALE
Jean-François Marmion
jfmarmion01@gmail.com
Sophie Gherardi
gherardisophie@gmail.com
Catherine Halpern
pour le Cahier Culture
halperncatherine@gmail.com
ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO
Ève Charrin
Béatrice Kammerer
Marc Olano
SECRÉTARIAT DE RÉDACTION ET RÉVISION
Frédéric Peylet
Renaud Beauval
CONCEPTION GRAPHIQUE ET DIRECTION ARTISTIQUE
Sophie Villette
GRAPHISTE ET ICONOGRAPHE
Catherine Verchère-Julia

CHEF DE PROJET WEB
Steve Chevillard
ASSISTANT WEBMESTRE
et secrétaire documentaliste
Alexandre Lepême

PROMOTION PUBLICITÉ
Patricia Ballon
contact.annonceurs@scienceshumaines.fr

COMPTABILITÉ
Carole Charreau

RESPONSABLE DES LIVRES
Éditions Sciences Humaines
Agathe Guillot
agathe.guillot@scienceshumaines.fr

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION
Nadia Latreche

Sciences Humaines est édité par
Sciences Humaines Communication
SAS au capital de 214 790€
RC Auxerre B379865975
SIège social : 38 rue Rantheaume 89000 Auxerre
ACTIONNAIRE MAJORITAIRE ET PRÉSIDENTE
Philo Editions sas
DIRECTRICE GÉNÉRALE
Nadia Latreche

DIFFUSION
MLP - Réassort dépositaires et diffuseurs de presse, joindre TBS services : 01 40 94 22 23
IMPRESSION
Imprimerie SIEP ZA Les Marchais
77590 Bois-le-Roi
Origine du papier : Suisse
Taux de fibres recyclées : 63 %
Certification: PEFC
« Impact sur l'eau »: Ptot 0,010 kg/t

LE TRI + FACILE

Conception de la couverture : Sophie Villette
Illustration de couverture : © Fajar P. Domingo

Commission paritaire : 0228 D 87599
ISSN : 1777-375X
Dépôt légal à parution

Un encart « La Croix » et un encart « Les Rendez-vous de L'Histoire de Blois » sont posés sur une partie des abonnés France.

Un encart « Sciences Humaines » est broché sur une partie des magazines.

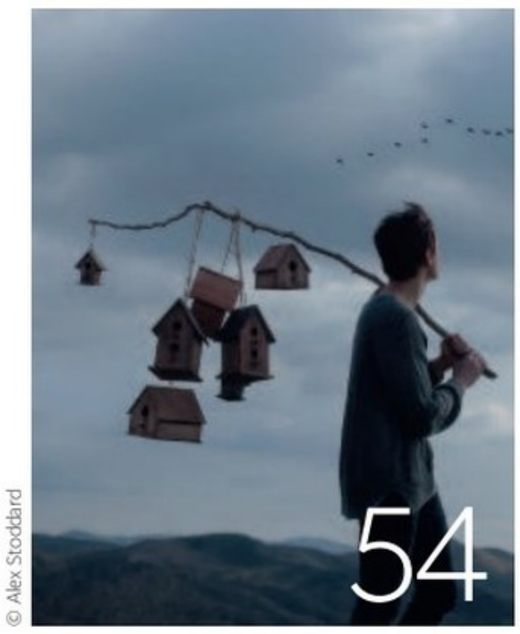
SOMMAIRE LES TROUBLES MENTAUX

© Alex Stoddard

© Aisha Zeijpveld

© Anthony Harvie / Getty

© Brooke DiDonato



© Alex Stoddard

© Pupa Neumann

© Nomadsoul1 / Dreamstime.com

© Brooke DiDonato

TROUBLES EN CLAIR

10 **Chaque trouble mental est un récit**

14 **Points de repères : inégalités de traitement/ classification/statistiques/incidence et prévalence**

18 **Maladie mentale : mais où est la sortie ?**

20 **Créativité : oui, la folie prédispose au génie artistique !**

ÉTAT DES LIEUX

24 **Personnalité : où commence la pathologie ?**
Entretien avec Bernard Granger

29 **Trouble bipolaire : d'un paroxysme à l'autre**

32 **Dépression : la vie est un long fleuve tari**
Entretien avec David Gourion

36 **Stress et anxiété, peut-on y échapper ?**

38 **Autisme : un trouble à spectre large**

42 **Schizophrénie : la grande inconnue**

45 **Alzheimer : les souvenirs s'en vont, je demeure…**

48 **Troubles du sommeil : la grande plainte**
Entretien avec Jean-Baptiste Maranci

51 **Traumatisme : du choc à la cicatrice**

© Deyangeorgiev / Getty

TROUBLES MENTAUX ET SOCIÉTÉ

56 **Addictions : plaisir et dépendance**

60 **Burn-out : sujet inflammable**

63 **Anorexie mentale : la nourriture comme pire ennemie**

66 **TDH/A : quand l'attention fout le camp**
Entretien avec Nader Perroud

69 **Écrans : les grands décerveleurs ?**

73 **Postcovid : animal triste**
Entretien avec Maria Melchior

76 **L'écoanxiété : un troublant mal de Terre**

78 **Migrants : panser les plaies de l'exil**

© Westend61 / Getty

Cahier

© Photo : Claude Germain / Musée du Quai Branly – Jacques Chirac

Enquête

84 **Rentrée littéraire : Peut-on encore vivre de sa plume ?**
Entretien avec Cécile Barth-Rabot

Expositions

90 **Créer à l'âge de l'atome**
Entretien avec Maria Stavrinaki

94 **Les zombis, des morts bien vivants**
Entretien avec Philippe Charlier

Actus

97 **Théâtre**

97 **BD**

98 **Mooc**

98 **Sur le web**

98 **Podcast**

TROUBLES EN CLAIR

Observés, définis, classés, nommés, dénombrés : la méthode scientifique tourne à plein régime autour des anciens « maux de l'âme », aujourd'hui appelés troubles mentaux. Parallèlement à la recherche de remèdes et de remédiations, le savoir est en permanence affiné et mis à jour. C'est que ce sujet passionnant et passionnel est étonnamment variable, d'une époque à l'autre, d'une culture à l'autre.
Le point commun est la souffrance subie – et parfois infligée – par ceux qui sont affectés. Alors, on les soigne (dans le meilleur des cas) : mais les guérit-on ? Pour éviter le côté médical et binaire de cette question, le monde anglo-saxon emploie le concept de « *recovery* », rétablissement. L'idée que la maladie psychiatrique peut être surmontée, en tout cas, fait son chemin.

© Alex Stoddard

INTRODUCTION
Chaque trouble mental est un récit

Des centaines de troubles mentaux sont décrits, souvent graves, parfois anecdotiques. Variables d'une époque et d'une culture à l'autre, ils suscitent des réponses thérapeutiques où le meilleur côtoie le pire.

Depuis trois quarts de siècle que fourmillent les enquêtes épidémiologiques, les chiffres sont constants: la plupart d'entre nous feraient au moins une fois au cours de notre existence l'expérience d'un trouble mental. Une recherche plus récente, menée dans 29 pays, estime qu'un humain sur deux souffre, a souffert ou souffrira d'un trouble! À commencer par la phobie, la dépression, l'abus d'alcool ou le stress posttraumatique (1).

TROUBLES À GOGO

Vu l'état apparent de notre espèce, les plus cyniques considéreront peut-être que 25 ou même 50%, c'est bien peu: il n'empêche, la fourchette n'est pas anodine... Elle ne nous dit pourtant pas grand-chose, tant les troubles mentaux sont variés dans leurs manifestations, leur intensité et leur gravité. La dépression, qui toucherait 5% des adultes à un moment ou à un autre, est très différente de la schizophrénie, qui en affecterait 0,3%, et pourtant, on parle bien de «troubles mentaux» pour les deux cas de figure. Avoir peur des hauteurs, se retrouver paralysé par la timidité, exploser de colère sans crier gare, se sentir tout-puissant par le viol, consacrer sa vie à gagner du pouvoir en piétinant ses rivaux, consommer toujours plus d'alcool en roulant toujours plus vite, se masturber en pensant à des enfants, refuser de prendre un ascenseur, ne pas parvenir à surmonter un deuil, jouer compulsivement aux jeux de grattage ou attaquer des innocents dans la rue à coups de marteau pour gagner le paradis, tout cela, c'est du «trouble mental».

Bon nombre donnent lieu à des querelles parfois byzantines pour déterminer leur validité scientifique: syndrome de Diogène (accumulation de vieilleries et détritus), syndrome de Jérusalem (crise mystique contractée dans la Ville sainte), syndrome de Paris (affectant certains Japonais déçus par la capitale française jusqu'au traumatisme), syndrome de Stendhal (syncope devant la magnificence d'une œuvre d'art), addiction sexuelle, perversion narcissique, sans oublier les paraphilies les plus sordides ou les plus exotiques (si vous rêvez assidûment de câliner E.T. l'extraterrestre, félicitations, vous êtes exobiophile)... En cherchant bien, on déniche ainsi des centaines de troubles dont la majorité des professionnels de santé mentale ne croiseront jamais un spécimen dans toute leur carrière. À ce régime, il apparaît miraculeux de se sentir sain d'esprit (et ça cache sans doute quelque chose...). Paralèlement, bien sûr, pullulent des milliers de psychothérapies idoines à l'intitulé grandiose dont 99% ne présentent comme gage d'efficacité que le seul charisme de leur concepteur.

Les classifications se suivent depuis des siècles mais ne se ressemblent pas toujours.

Au vu du tohu-bohu, on comprendra qu'il faille classer au moins les plus avérés d'entre les troubles pour tenter de mieux les comprendre. Oui, mais comment? Les «psys» ne se contentent pas d'observer les troubles mentaux tels des naturalistes constituant des familles de fougères ou de papillons dont les grandes lignes se voient rarement bouleversées au fil des découvertes. Au contraire, les classifications des troubles mentaux se suivent depuis des siècles et ne se ressemblent pas toujours, tant ces troubles se révèlent volatils, bien trop pour se laisser aisément épingler.

© Aisha Zeijpweld

Certains troubles mentaux ne sont pas considérés comme tels de manière immémoriale: l'anorexie mentale était saluée jadis comme une grâce chez de grandes figures religieuses comme sainte Catherine de Sienne (il était même question de «sainte anorexie»). D'autres n'ont pas toujours été indésirables pour les mêmes raisons qu'aujourd'hui: au Moyen Âge toujours, si la dépression, ou plutôt la mélancolie, sentait le soufre, particulièrement chez les moines où on la nommait «acédie», c'est qu'elle signalait un individu insatisfait de sa condition humaine et de l'ordre du monde voulus par Dieu.

D'autres troubles encore sont observés dans certaines cultures uniquement et restent inconnus au bataillon dans la nôtre, tel le syndrome de Koro, crise de panique (parfois collective) relative au pénis dont on redoute la rétraction spontanée dans le bas-ventre, ou son chapardage par des esprits (dans certaines sociétés asiatiques ou africaines respectivement).

TOUT EST (RELATIVEMENT) RELATIF

Certains troubles changent de nom et/ou de statut. Dépression, bipolarité et paraphilie ont respectivement remplacé mélancolie, psychose maniaco-dépressive et perversion, tandis que l'autisme a constitué le cœur de la catégorie des «troubles envahissants du développement» avant celle des «troubles du spectre autistique». Un autre exemple, et on a peine à le croire aujourd'hui, concerne l'homosexualité: le *DSM* de la psychiatrie américaine (*Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders) a attendu 1973 pour officiellement la dépathologiser, tandis que l'Organisation mondiale de la santé, avec sa partie spécifique de la *CIM* (*Classification internationale des maladies*), a lambiné jusqu'en 1990! D'autres troubles n'ont pas été normalisés mais ont purement et simplement disparu, comme l'antique hystérie, attrape-tout de la psychiatrie appliquée aux femmes. Le changement de regard change la grille de lecture. On oserait presque parler de principe d'incertitude applicable à la psychopathologie.

Les fougères et les papillons, eux, ne se métamorphosent pas selon les attentes et les présupposés du passionné qui les collecte… Leur nombre n'est pas indéfiniment élastique non plus. Or, on dénombrerait aujourd'hui 200 et quelques troubles mentaux… ou plus de 450, selon les chapelles!

ENTRE MARCHÉ ET FOIRE D'EMPOIGNE

Les classifications actuelles, dont les principales sont le *DSM* et la *CIM*, ne cessent donc d'être repensées, révisées, revisi-

© Nik Shuliahin / Unsplash

SYMPTÔMES

Galaxies et nébuleuses

D'où viennent les troubles mentaux? En des temps pas toujours antédiluviens, on attribuait leur apparition à l'immiscion d'esprits, l'ingérence de(s) dieu(x), un déséquilibre d'hypothétiques humeurs corporelles (dont la fameuse bile noire ou *melancholia*), les frappes d'un destin aveugle, ou encore les turlupinades de la matrice chez les femmes («hystérie» dérive d'«utérus»). La fin du 20e siècle a entériné que les ingrédients des troubles mentaux relèvent en réalité d'une dynamique dite «bio-psycho-sociale» totalement imprévisible: un zeste de nature (avec une vulnérabilité génétique de mauvais augure) entrant en émulsion avec une forte dose de personnalité (n'oublions jamais l'irréductible unicité de tout individu et de son histoire), le tout saupoudré d'un environnement social trop riche en injonctions et interdictions familiales et culturelles (sans oublier le rôle récemment étudié de multiples autres facteurs environnementaux: complications intra-utérines, alimentation douteuse, microbiote intestinal, pesticides, exposition aux écrans). En est-on beaucoup plus avancé?

Dans la psychiatrie d'aujourd'hui, avec des critères de définition objectifs mis en vigueur par le psychiatre Emil Kraepelin, disparu voici un siècle, on s'intéresse de toute façon à l'observation des symptômes, pas à leur origine présumée. Par pragmatisme et par prudence, depuis la troisième édition du *DSM* en 1980, description et diagnostic des troubles se veulent expressément athéoriques: *exit* la théorie explicative psychanalytique qui avait imprégné la psychiatrie des trois décennies précédentes. Aujourd'hui, finie aussi la dichotomie entre les névroses (déséquilibre subjectif né d'un conflit intérieur, dont l'individu était conscient) et les psychoses (perte de contact avec la réalité à l'insu du sujet), même s'il est encore question de «troubles psychotiques» uniquement.

Les symptômes vont et viennent, et c'est leur fréquence, leur intensité, leurs regroupements et leur synergie qui orientent vers un diagnostic. Aucun n'est spécifique à un trouble: même le délire ou l'hallucination ne sont pas propres à la schizophrénie mais peuvent se retrouver dans le trouble bipolaire ou la dépression sévère, par exemple. En matière de symptômes, le critère n° 1 devant inciter à une consultation est notre seuil personnel de tolérance à la souffrance. De tolérance à la souffrance des autres, aussi, car ceux qui nous entourent, dans la famille, le cercle amical ou la sphère professionnelle, se trouvent atteints par ricochet. Par égard pour eux aussi, il arrive un moment où comprendre et agir relèvent moins d'une commodité que d'un impératif. ● **J.-F.M.**

Certains troubles ont simplement disparu, comme l'antique hystérie associée aux femmes.

tées, pour actualiser, affiner et répercuter les connaissances. Avec des enjeux déterminants pour les personnes concernées. Allen Frances, professeur émérite de psychiatrie et rien moins que le coordonnateur de la quatrième édition du *DSM*, a fait son *mea culpa* public en déplorant d'avoir sans doute contribué à surdiagnostiquer l'autisme, les troubles bipolaires et l'hyperactivité, entre autres (2). C'est d'autant plus problématique que les troubles mentaux sont la tête de gondole d'un marché qui représente un chiffre d'affaires annuel de 1500 milliards de dollars pour l'industrie pharmaceutique, toujours volontaire pour écouler ses molécules. Certes, celles-ci sauvent des vies quand elles sont prescrites à bon escient. Mais la prudence est de mise quand on voit que 80% des prescripteurs américains d'antidépresseurs sont les généralistes, qui ne sont pas formés à la santé mentale. Ou qu'aux États-Unis, une prise en charge, pour avoir une chance d'être remboursée, doit correspondre à un trouble dûment répertorié dans le *DSM* et donnant lieu à une prescription médicamenteuse, au terme d'une consultation qui dure en moyenne… sept minutes.

Pour couronner le tout, les classifications actuelles ne sont pas à l'abri d'une prochaine révolution qui pourrait complètement rebattre les cartes: l'intelligence artificielle, qui va agréger et analyser des données statistiques et biomédicales comme jamais auparavant. Impossible de prédire quels troubles seront diffractés, recombinés, rebaptisés, ni quel nouveau regard sera désormais porté sur eux, avec quelles répercussions sur leur prise en charge et quelle redéfinition des normes sociales.

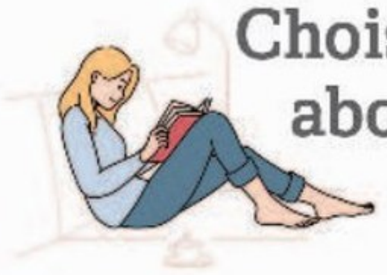
Qu'est-ce à dire? Que tout savoir sur la psychopathologie repose sur du sable? En tout cas, pas sur du marbre. Un trouble mental s'inscrit non seulement dans le corps de celui qui le vit, mais dans l'œil de celui qui regarde et le nomme comme tel. ●

(1) John J. McGrath *et al.*, «Age of onset and cumulative risk of mental disorders. A cross-national analysis of population surveys from 29 countries», *The Lancet Psychiatry*, vol. X, n° 9, septembre 2013.
(2) Allen Frances, *Sommes-nous tous des malades mentaux? Le normal et le pathologique*. Odile Jacob, 2013.

JEAN-FRANÇOIS MARMION

ABONNEZ-VOUS

SCIENCES HUMAINES



Choisissez votre abonnement

Les Grands Dossiers Sciences Humaines
4 numéros
29 €*
seulement au lieu de 39,60 €

Les Grands Dossiers Sciences Humaines
4 numéros
+ **10** numéros de Sciences Humaines
69 €*
seulement au lieu de 108,60 €

* Offres réservées aux particuliers et étudiants en France Métropolitaine.

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI, je m'abonne
☐ 29 € pour 4 Grands dossiers
☐ 69 € pour 10 Numéros + 4 Grands Dossiers

Je règle aujourd'hui la somme de ..... €
☐ Par chèque (bancaire ou postal) à l'ordre de Sciences Humaines
☐ Par virement Banque Populaire Bourgogne Franche-Comté
IBAN : FR76 1080 7004 0922 1217 7531 021
BIC : CCBPFRPPDJN

Mes coordonnées :
Nom .....
Prénom .....
Adresse .....
.....
CP Ville .....
Pays .....
Courriel .....

À compléter et à retourner avec votre règlement dans une enveloppe NON AFFRANCHIE à :
Sciences Humaines
Libre Réponse 60 546
89 019 Auxerre Cedex

POUR ALLER PLUS VITE,
APPELEZ LE 03 86 72 17 39
CODE PROMO GD76
(PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE)

INSTITUTIONS ET AUTRES ZONES SCANNEZ CE QRcode

En retournant ce formulaire, vous acceptez que Sciences Humaines responsable de traitement, utilise vos données personnelles pour les besoins de votre commande, de la relation Client et d'actions marketing sur ses produits et services. Pour connaître les modalités de traitement de vos données ainsi que les droits dont vous disposez (accès, rectification, effacement, opposition, portabilité, limitation des traitements, sort des données après décès), consultez notre politique de confidentialité à l'adresse https://www.scienceshumaines.com/politique-confidentialite ou écrivez à notre Délégué à la protection des données à Sciences Humaines BP 256 – 89004 Auxerre Cedex ou serviceclients@scienceshumaines.fr

INÉGALITÉS DE TRAITEMENT
QUI SOUFFRE ? QUI CONSULTE ?

Les maladies mentales frappent de manière asymétrique. Les conditions sociales et matérielles comptent énormément, de même que le genre. Et seule une personne sur quatre dans le monde bénéficie d'un traitement.

SOIN

Carence massive

L'Organisation mondiale de la santé estime que seules 25% des personnes souffrant de troubles anxieux à travers le monde reçoivent un traitement. Même dans les pays et les milieux où l'accès aux soins est possible, on observe des disparités entre certains groupes de population. En France, le taux de prise en charge de la dépression et des troubles bipolaires est un peu meilleur chez les femmes que chez les hommes. On estime que 40 à 60% des personnes souffrant de troubles psychiques n'y sont pas prises en charge. Des chiffres d'autant plus difficiles à évaluer, que les études statistiques prennent souvent pour point de départ les données collectées par les organismes de santé, comme l'Assurance maladie. Une approche dont la limite est de ne pas intégrer les personnes qui ne passent pas par le système de soin.

MORTALITÉ

Quand la maladie mentale tue

Les troubles mentaux sont associés à une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans chez les personnes atteintes de schizophrénie, et de 10 ans en moyenne chez celles répondant aux critères de la bipolarité. On sait aussi que le covid a fait plus de morts chez les personnes atteintes de troubles psychiques chroniques. Parce que ces personnes sont plus touchées par les désordres métaboliques, le diabète, l'obésité (du fait de leur souffrance psychique, de certaines vulnérabilités biologiques, mais aussi de l'effet des traitements psychotropes) et parce qu'elles étaient plus isolées socialement.

SOCIAL

La misère rend-elle fou ?

La pauvreté n'est pas sans lien avec l'incidence des maladies mentales. Les personnes sans emploi ou ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, ou vulnérables sur le plan socioéconomique sont les plus touchées par les conduites suicidaires. Une étude menée en 2009 en Île-de-France montrait également qu'un tiers des personnes sans domicile souffrait de troubles psychiatriques sévères, et que la prévalence des troubles psychotiques était dix fois plus élevée chez ces personnes que dans la population générale.

SEX RATIO

Les femmes plus touchées par la dépression

Les femmes sont bien plus touchées par la dépression que les hommes (15,6% contre 9,3% selon le Baromètre de santé publique France 2021). Elles sont jusqu'à deux fois plus affectées par les troubles anxieux, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), et souffrent dix fois plus de troubles du comportement alimentaire. La schizophrénie est au contraire 30% plus élevée chez les hommes, ce qui s'explique sans doute par un effet protecteur des œstrogènes sur l'humeur. Vers 60 ans, la prévalence de la schizophrénie devient au contraire un peu plus haute chez les femmes. En 2021, 4% des adultes en France ont pensé à se suicider dans les 12 derniers mois, chiffre plus élevé chez les femmes, qui sont aussi plus nombreuses à avoir fait au moins une tentative de suicide.

CLASSIFICATION
UNE HAUSSE EN TROMPE-L'ŒIL

Les critères retenus pour définir un trouble mental sont en perpétuelle évolution. Ce qui a des conséquences sur l'explosion apparente de telle ou telle pathologie. Et si l'autisme, la bipolarité, l'hyperactivité étaient surdiasgnostiqués ?

NOSOGRAPHIE

Dis-moi quels sont tes critères…

Y a-t-il réellement une «épidémie» d'autisme, de bipolarité, ou encore de TDAH, comme on l'entend parfois? Une réorganisation des critères diagnostics ou de nouvelles grilles sont à prendre en compte. Le passage de la psychose maniacodépressive à la catégorie de trouble bipolaire a par exemple fait glisser la maladie du côté des troubles de l'humeur. Là où, dans les travaux du psychiatre Emil Kraepelin (1856-1926), le premier à dessiner les contours de la folie maniaque-dépressive, la maladie était pensée comme une psychose, qu'il fallait distinguer de la démence précoce, ancêtre nosographique de la schizophrénie. Ces évolutions modifient les critères pour poser le diagnostic, et ont donc pour effet d'inclure de nouvelles personnes dans le périmètre de la pathologie et d'en exclure d'autres.

DISPROPORTION

Miroir déformant

L'impression – fausse – d'une «explosion de cas» peut être induite par la médiatisation de certaines pathologies, comme ça a pu être le cas pour les troubles alimentaires, les troubles bipolaires, ou encore le trouble dissociatif de l'identité. Il en va de même du trouble de la personnalité *borderline*, estimé à 2% dans la population générale, mais représentant 15 à 50% des personnes suivies en psychiatrie, en ambulatoire et en institutions confondus. Cependant, le nombre d'épisodes dépressifs caractérisés a effectivement augmenté de 3,5% entre 2018 et 2021, qu'on explique par le stress engendré par le covid.

DSM

Avec modération !

En 2005, un rapport de l'Inserm sur «Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent» était accueilli par une pétition courroucée signée de 20000 professionnels de santé. Issue du *DSM-III* de 1980, cette catégorie n'avait jamais pris en France. L'épisode traduit bien les réticences face au *DSM*, le manuel diagnostique américain des troubles mentaux. S'il est, de fait, un guide pour de nombreux professionnels, d'autres modèles cohabitent très bien avec lui. Des médecins du pôle universitaire de Strasbourg s'appuient par exemple sur une classification des psychoses beaucoup plus fournie que celle du *DSM*, issue de l'école Wernicke-Kleist-Leonhard. À l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille, des psychiatres s'appuient sur la phénoménologie. Et la psychanalyse reste bien présente chez beaucoup de psys.

DIAGNOSTICS

Taillés en biais

Le diagnostic en psychiatrie n'est pas une science exacte. Les médecins sont d'ailleurs souvent prêts à reconnaître qu'ils ne sont pas complètement dénués de biais cognitifs, en dépit des classifications. On sait par exemple que les femmes sont moins diagnostiquées que les hommes dans la schizophrénie, parce qu'elles sont considérées comme «théâtrales» et que leurs symptômes sont sous-estimés. En revanche, il est avéré qu'elles sont plus susceptibles d'être diagnostiquées d'un trouble de la personnalité *borderline*.

STATISTIQUES
PRUDENCE AVEC LES CHIFFRES

La multiplication des études obéissant à des méthodes différentes ne contribue pas toujours à clarifier le tableau général de la santé mentale. Toutefois, la hausse des prescriptions de psychotropes peut servir d'indicateur.

INTERNATIONAL

Le flou des études

Comme dans toute approche des faits par les statistiques, différents biais peuvent être pointés. Selon les études, l'échantillonnage, le mode de collecte des données, l'interprétation peuvent donner lieu à des conclusions très différentes. Il faut aussi garder à l'esprit que la nosographie reste fluctuante et qu'il existe toujours une certaine variabilité diagnostique entre les psychiatres sur un même territoire, entre les territoires eux-mêmes et entre les régions du monde. Dans le cas du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), trouble neurodéveloppemental défini pour la première fois dans le *DSM-III* en 1980, des études dans différents pays ont donné des résultats contradictoires. Sur 150 études, la prévalence chez les enfants d'âge scolaire varie de 0,4% à 16,6%, et même 20 à 25% selon certains travaux!

MÉDICAMENTS

Les jeunes sous antidépresseurs

Un rapport du groupement d'intérêt scientifique Epi-Phare a mis en évidence une forte augmentation du nombre de prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques durant la période du covid, entre 2020 et 2021, notamment chez les jeunes. D'autres études ont montré que la prescription d'antidépresseurs chez les moins de 19 ans avait crû de 60% en France, entre 2014 et 2021. Des données qui ont suscité de vives inquiétudes, car des études ont montré que les antidépresseurs peuvent majorer le risque suicidaire chez les adolescents. La prescription des antipsychotiques a elle aussi augmenté, dont de 7,5% chez les mineurs.

GOT THE BLUES

Trop de psychotropes ?

Environ 5% des Français prennent des antidépresseurs, contre 11% aux États-Unis, pays où ils sont le plus utilisés. C'est en Corée du Sud que le chiffre est le plus bas (1,3%). Le taux de prescription semble lié à plusieurs facteurs: disponibilité des médicaments, accès aux soins, stigmatisation. L'Islande a par exemple un des taux les plus élevés (10,6%), sans doute parce que les antidépresseurs y sont perçus comme efficaces, mais aussi parce que l'offre de soins y est moins étendue, notamment l'accès à la psychothérapie.

FRANCE

TDA/H, de nouveaux chiffres ?

Jusqu'à il y a peu, les seuls chiffres disponibles en France sur le trouble du déficit de l'attention provenaient d'une étude de 2008, menée par téléphone sur un échantillon de 7012 foyers, à partir d'un canevas en phase avec les classifications internationales. Il en était ressorti que 3,5% des enfants de 6 à 12 ans répondaient aux critères du TDA/H et que 2,2% étaient traités par psychostimulants. Les auteurs avaient conclu à une prévalence de 3,5 à 5,6% en France du TDA/H chez les enfants de cette tranche d'âge. Une réévaluation de ces mêmes données, en 2020, à l'aune de nouveaux éléments tirés des bases de données de l'Assurance maladie, en a proposé une tout autre interprétation, concluant à une prévalence de seulement 0,3%, soit au minimum dix fois moins que ce qui avait été mis en évidence en 2008.

INCIDENCE ET PRÉVALENCE
SOUFFRANCES TRÈS HUMAINES

Les appellations changent mais les pathologies classiques demeurent. L'anxiété, les troubles de l'humeur, la neurodiversité sous toutes ses formes côtoient la schizophrénie et la bipolarité décrites de longue date.

FRANCE

Anxiété et dépression

Les troubles anxieux sont en tête des maladies psychiques en France. On estime que 15% des adultes présenteront un trouble anxieux au cours de l'année. La dépression est une des pathologies les plus répandues. Selon le Baromètre de Santé publique France 2021, 12,5% des adultes avaient souffert d'un trouble dépressif caractérisé au cours des 12 mois précédents. Des chiffres en forte hausse depuis la pandémie de covid, surtout chez les 18-24 ans (21% sont ou ont été en dépression). On évalue à environ 10% de la population générale les sujets présentant un trouble de la personnalité. On estime que les troubles du spectre de l'autisme concernent chaque année 0,9 à 1,2% des naissances, soit environ 7500 bébés.

MALADIES

Ceux qu'on ne dit plus « fous »

La Haute Autorité de santé estimait en 2014 que le trouble bipolaire touchait 1 à 2,4% de la population française, des chiffres qui sont à peu près les mêmes partout dans le monde et qui sont stables depuis une dizaine d'années. La prévalence de la schizophrénie dans la population générale reste elle aussi autour de 1%. En revanche, cette maladie représente environ 50% des personnes hospitalisées en psychiatrie. De plus, 65% des personnes diagnostiquées d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique bénéficiaient en 2014 de l'ALD 23, l'affection psychiatrique de longue durée. Cette différence tient-elle à la gravité du mal ou à un biais des médecins?

EN EXPANSION

Diversité de la neurodiversité

Environ 15 à 20% de la population mondiale entrerait dans le périmètre de ce qu'on appelle la «neurodiversité», qui recouvre aussi bien les troubles du spectre autistique que les troubles du déficit de l'attention (TDA/H), la dyspraxie (qui affecte la coordination), la dysphasie (langage), la dyslexie (lecture), ou encore le syndrome Gilles de la Tourette (tics moteurs et vocaux). On manque encore de données sur certains troubles. Par exemple, une étude américaine a récemment estimé la prévalence du trouble dissociatif de l'identité sur un an à 1,5% aux États-Unis, mais il s'agit d'un des rares travaux disponibles sur ce trouble.

MONDE

1 humain sur 8

En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait qu'environ 1 personne sur 8 dans le monde vivait avec un trouble de santé mentale.
Les troubles anxieux, qui concernent 301 millions de personnes à travers le monde, dont 58 millions de mineurs, sont les pathologies les plus représentées, suivies de la dépression, selon l'OMS, avec 280 millions de personnes concernées en 2019, dont 23 millions d'enfants. Viennent ensuite le trouble bipolaire et les troubles dyssociaux du comportement qui concernent respectivement 40 millions de personnes. En quatrième position vient la schizophrénie, avec environ 24 millions de personnes touchées. Enfin les troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie...) toucheraient quelque 14 millions de personnes.

LOUISE MORFOUACE

Mais où est la sortie ?

Peut-on se remettre d'une maladie psychiatrique et reprendre la vie d'avant comme si de rien n'était ? Faut-il lui donner un sens pour en sortir ? Mais en sort-on jamais vraiment ?

Longtemps, la maladie psychiatrique a été considérée comme faisant partie intégrante de la personne. Encore aujourd'hui, on a tendance à affirmer : « *Il est schizophrène* », alors qu'on dit plutôt « *Il a un cancer* ». Sous-entendu, lorsqu'on souffre d'un trouble psychique, on le garde à vie. Beaucoup de progrès ont été faits ces dernières années avec notamment de nouveau traitements médicamenteux permettant de stabiliser une schizophrénie ou un trouble bipolaire par exemple. Mais la question de la guérison reste un sujet qui divise les « psys ». D'un point de vue médical, elle s'établit par la disparition des signes cliniques, par exemple les hallucinations ou le délire dans la schizophrénie ou les sentiments de tristesse et de vide chronique dans la dépression. On parle aussi de rémission qui peut être soit partielle, soit totale. Comment qualifier une personne souffrant de schizophrénie qui, grâce à un traitement neuroleptique qu'elle devra prendre à vie, retrouve une certaine stabilité et ne présente plus de symptômes invalidants ? Est-elle guérie, en rémission ou reste-t-elle une personne malade stabilisée ?

LE PARADIGME DU RÉTABLISSEMENT

Pour sortir d'une logique purement médicale, des mouvements d'usagers venant des États-Unis ont introduit le concept de « rétablissement » (*recovery*) dans les années

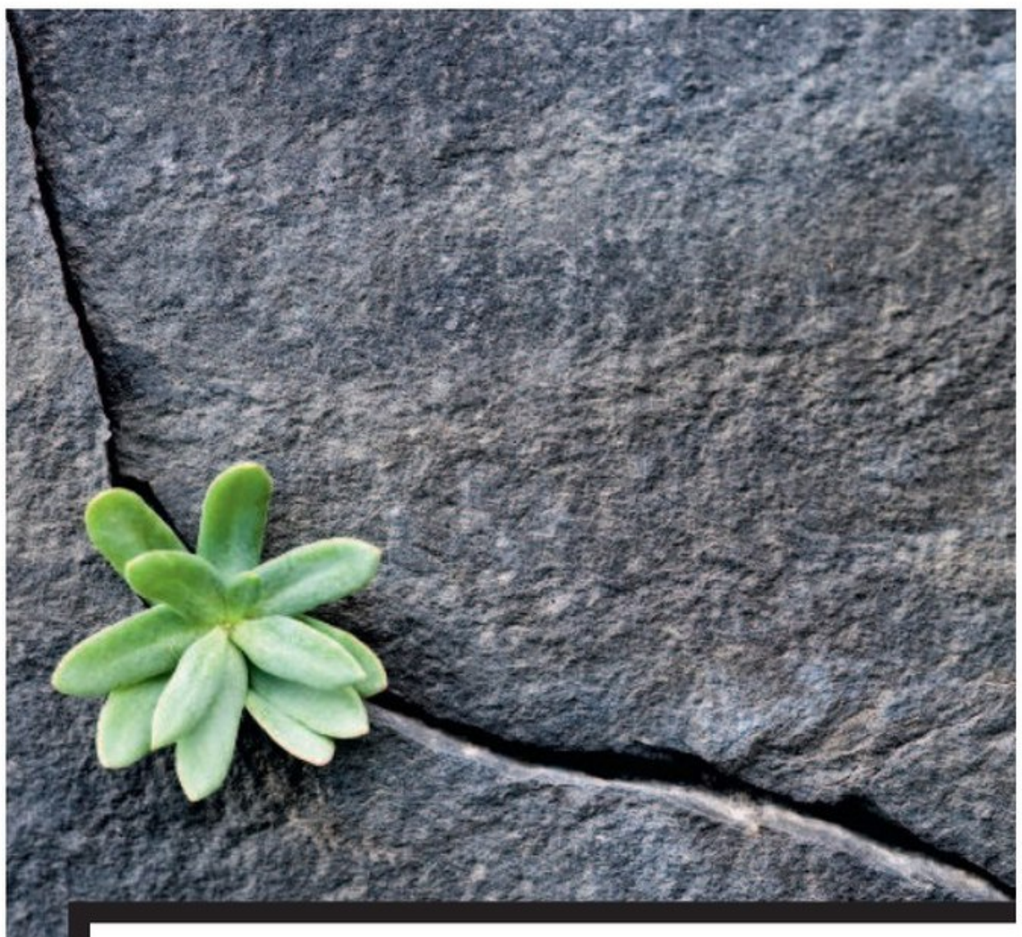
Avec un même état clinique, une personne se dira rétablie, tandis qu'une autre non.

1990. Il s'est depuis répandu dans les pays anglo-saxons, mais encore peu en France. Au-delà de la perspective clinique (disparition des symptômes), cette notion de «rétablissement» introduit une évaluation fonctionnelle (avoir un travail, vivre de manière autonome, fonder une famille…) et expérientielle de l'état de la personne (faire des projets, contrôler ses symptômes, prendre des décisions pour soi…). Dans un sens, elle rejoint la définition de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé. Le but du rétablissement n'est donc plus forcément de se débarrasser d'un trouble, de revivre comme avant, mais d'apprendre à vivre avec. Plutôt que de laisser le médecin seul et unique juge d'une rémission, le vécu propre de la personne est dorénavant au centre des préoccupations. Avec un même état clinique, une personne peut se considérer comme rétablie parce qu'elle mène sa vie comme elle l'entend et la juge d'une qualité satisfaisante, une autre, présentant les mêmes symptômes, ne parviendra pas à nouer des relations sociales, à travailler ou à se sentir bien dans sa peau. La première se dira rétablie, la seconde non.

Du fait de ce caractère éminemment subjectif, il est très difficile de chiffrer le rétablissement, même s'il existe de plus en plus d'études qui tentent de mesurer le phénomène. L'Inserm, par exemple, estime à 70% le taux de rémission d'un premier épisode dépressif. Mais ce chiffre est évidemment bien moins élevé pour des troubles plus graves. Dans une étude menée auprès de plus de 25 000 Canadiens **(1)**, 58% des personnes ayant souffert de différents types de troubles dans le passé (dépressions, troubles bipolaires, troubles anxieux, addictions et idéations suicidaires) ont été évaluées comme rétablies au moment de l'étude. Ce taux varie de 28% pour un trouble bipolaire à 77% pour certaines addictions. Une étude américaine **(2)** auprès de plus 41 000 personnes arrive à un taux de rémission de 33% en prenant en considération les personnes ayant souffert d'un trouble sévère avec hospitalisation (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure…). Ce taux aurait tendance à baisser entre 20 et 32 ans et augmenterait ensuite continuellement pour atteindre 58% à 65 ans. L'âge serait-il donc en lui-même un facteur thérapeutique? Ces recherches nécessitent d'être confirmées, mais ouvrent d'ores et déjà des perspectives encourageantes pour les personnes concernées… ●

(1) Andrew Devendorf *et al.*, «Optimal well-being after psychopathology. Prevalence and correlates», *Clinical Psychological Science*, vol. 10, 2022/2.
(2) Mark Salzer *et al.*, «National estimates of recovery-remission from serious mental illness», *Psychiatric services*, vol. 69, 2018/5.

MARC OLANO



© Micha Pawlitzki/Getty

© Anthony Harvie / Getty

MOT-CLÉ
La résilience

Issue du vocabulaire de la métallurgie, la résilience se définit par la résistance d'un élément physique au choc et à la déformation. Depuis les années 1990, le neuropsychiatre Boris Cyrulnik a popularisé cette notion dans le domaine de la santé en s'appuyant sur l'observation des trajectoires d'enfants issus d'orphelinats ou de survivants des camps de concentration. Selon lui, la résilience correspond à la reprise d'un développement normal après un traumatisme : dépassant les fêlures laissées par l'évènement, on remobilise ses forces pour aller de l'avant. Car dans le sens contraire, un trauma peut conduire à une dépression chronique, un trouble anxieux ou obsessionnel, ou d'autres formes d'effondrement psychique. La résilience, c'est le fait d'en sortir par le haut, voire renforcé. Pour le courant de la croissance post-traumatique, un trauma peut en effet développer nos facultés d'adaptation, notre résistance aux épreuves, et notre ouverture aux autres. Mais il est des traumas plus dévastateurs que d'autres, surtout ceux qui se répètent d'année en année, comme les maltraitances ou abus sexuels subis dans l'enfance ou tout au long d'une vie de couple. Enfin la résilience n'est pas un simple réflexe qui se met en route tout seul. Le soutien d'un thérapeute, d'un proche ou d'une famille aimante est souvent nécessaire pour enclencher ce processus, d'où la notion de «résilience assistée». ● **M.O.**

CRÉATIVITÉ
Oui, la folie prédispose au génie artistique !

Par **Patrick Lemoine**

Il y a bien une corrélation entre la bipolarité et l'appartenance à une profession créative. Ce qui ne signifie pas qu'il faille être bipolaire pour être génial ni que tous les bipolaires soient des génies.

En 1978, je venais d'être nommé assistant quand j'ai découvert l'œuvre sidérante d'un grand fou, Sylvain Fusco, un homme qui concentre toutes les formes d'enfermement inventées par la société occidentale: prison, bagne militaire, internement psychiatrique. Après bien des hésitations, son œuvre fut confiée à la Collection de l'art brut à Lausanne; j'avais organisé un colloque où intervenait Michel Thévoz, conservateur dudit musée, et ce dernier s'est mis à nous engueuler, nous les psys! Un argumentaire implacable... du point de vue de l'historien de l'art: auparavant, l'asile d'aliénés était la grande usine à chefs-d'œuvre, Aloïse, Séraphine de Senlis, Sylvain Fusco, Adolf Wölfli et tant d'autres. Par quel mécanisme? Le *tanking* ou désafférentation très à la mode au cours des années 1970, consistait à se plonger dans le noir, sous une musique planante, flottant mollement dans une eau salée à 37°C. La disparition de tout stimulus sensoriel faisait naître des hallucinations type LSD qui inspiraient certains artistes. L'asile d'aliénés, en enfermant à vie des gens dans un univers sans couleur et sans ailleurs, favorisait par le même mécanisme la créativité et nous les psys, avec nos permissions, notre ergothérapie, nos médicaments, nos sorties étions en train de tuer Mozart et Van Gogh réunis. Ou du moins Aloïse et Fusco; de fait, plus rien d'intéressant ne sortait des services. Michel Thévoz en était réduit à prospecter dans les prisons et les asiles de vieillards. D'ailleurs, chaque fois qu'un sujet produit des transes, des états de conscience modifiée, qu'il utilise des stupéfiants tel Charles Baudelaire, de la musique style Taylor Swift – qui dans son clip *Fortnight* où elle se met en scène, menottée dans un décor de chambre d'isolement psychiatrique –, oui, à chaque fois, s'ouvre l'éventualité de créer!

Sylvain Fusco (1903-1940), *Sans titre*, 1935, pastel sur papier, Collection de l'Art Brut, Lausanne.

Pourtant, nombre de malades mentaux ont été enfermés et n'ont rien produit. Alors, existe-t-il une prédisposition, j'ose à peine dire (épi)génétique ou biologique, au génie?

Ma réponse est oui. Il semble que la bipolarité, cette maladie génétique probablement autoimmune, soit fortement liée à la créativité. Léonard de Vinci, Michel-Ange, Winston Churchill, Robert Schumann, Victor Hugo, Fiodor Dostoïevski, Gérard de Nerval, Antonin Artaud, Salvador Dali... Une étude de Simon Kyaga (1) ayant suivi pendant quarante ans 173763 patients psychiatriques a démontré le lien entre ce trouble et le fait d'appartenir à une profession créative; ce lien est même retrouvé chez leurs parents, frères et sœurs. S'il est prouvé que cette maladie prédispose au génie, cela ne signifie pas pour autant qu'il faille être bipolaire pour être génial ni que tous les bipolaires soient des génies. J'ai soigné nombre de patients souffrant de cette pathologie et incapables de la moindre production; par ailleurs, des personnages hypernormaux et stables comme Jean-Sébastien Bach ont composé quantité de chefs-d'œuvre.

Un autre trouble, l'autisme d'Asperger, semble lui aussi lié à la créativité. Pablo Picasso, Albert Einstein (peut-être Mozart?), pour ne citer qu'eux, pourraient en avoir souffert

Patrick Lemoine est psychiatre. Il a publié, entre autres, *La Santé psychique des génies. Génies du bien, génies du mal* (Odile Jacob, 2022).

© Photo : Morgane Détraz, Atelier de numérisation – Ville de Lausanne / Collection de l'Art Brut, Lausanne

« Et si, nous les psys, avec notre ergothérapie, nos médicaments, nos sorties, étions en train de tuer Mozart et Van Gogh ? »

tant leur génie contrastait avec leur débilité relationnelle, eux qui n'avaient que mépris, insensibilité pour la souffrance qu'ils imposaient à leurs proches, femmes et enfants.

LA DOXA, ON S'EN FICHE !

De fait, les bipolaires en état maniaque comme les Asperger ont en commun la capacité de se moquer de l'opinion des autres. La théorie de la relativité et le cubisme rompaient radicalement avec les doxas de l'époque et ils s'en fichaient éperdument!

Alors finalement, quel est le phénomène psychique qui immanquablement augmente la probabilité de créer? Selon moi, la réponse tient en six lettres et s'appelle la transe. Nous avons en effet deux cerveaux, l'un est rationnel, logique, cartésien et prédomine à gauche chez les droitiers, l'autre est fantasque, illogique, irrationnel, créatif – selon sa culture, on peut l'appeler «monde des esprits» (tribu chamanique), «inconscient» (tribu freudienne), «réseaux neuronaux» (tribu neuroscientifique); la plupart du temps, les deux s'ignorent superbement. Les brèches leur permettant de communiquer sont rares: rêves, lapsus, actes manqués, mais aussi intuitions, orgasmes, transe individuelle ou collective comme dans les stades, alcool, drogue, expériences près de la mort, etc. Chaque fois qu'un sujet est soumis à un stress traumatique, une béance se crée à l'origine de dissociations très pénibles et permettant de faire des rêves lucides, probablement un mécanisme de guérison. Toujours selon moi, le déclic à l'origine de la créativité, la vraie, se produit au cours d'un de ces états de conscience modifiée, quand le rationnel rencontre l'irrationnel et le met en forme, ce qui permet de comprendre que tant de grands créateurs soient alcooliques ou toxicomanes. J'en appelle à Henri de Toulouse-Lautrec, Francis Bacon, Charles Baudelaire, Friedrich Nietzsche, Winston Churchill, Orson Welles, Scott Fitzgerald, Edgar Poe, Ernest Hemingway, W.C. Fields, Serge Gainsbourg et tant d'autres! ●

(1) Simon Kyaga, «Mental illness, suicide and creativity: 40-year prospective total population study», *Journal of Psychiatric Research*, vol. 47, 2013/1.

ÉTAT DES LIEUX

La mélancolie est devenue dépression, la folie appartient désormais à la littérature et l'aliénation est un terme que n'emploient plus guère les cliniciens. Les vieux ennemis qui travaillent la psyché humaine sont pourtant toujours là, mais réactualisés et traités différemment. En une dizaine d'entrées, nous vous invitons à découvrir comment ont évolué les grandes pathologies mentales, des troubles de la personnalité à la schizophrénie, de la bipolarité à l'autisme, de l'anxiété à la maladie d'Alzheimer… « Les maladies ne changent pas », avanceront certains. Eh bien, notre tour d'horizon montre au contraire l'ampleur des changements en cours. Les mécanismes biologiques, qu'on découvre peu à peu, ne varient peut-être pas, mais tout le reste, si : le vécu des patients, le regard sur le trouble mental, les prises en charge, les thérapies…

© Camille Brasselet / Agence VU

PERSONNALITÉ **Où commence la pathologie ?**

Entretien avec **Bernard Granger**

Borderlines, narcissiques, paranoïaques, histrions ou sociopathes sont-ils franchement malades ou juste un peu particuliers ? Au-delà d'une galerie de portraits faussement pittoresques se jouent souvent des drames humains.

© Collection personnelle

Comment les troubles de la personnalité sont-ils envisagés aujourd'hui ?

Vouloir classer ces troubles n'est pas nouveau. Dans l'Antiquité, la théorie des quatre humeurs faisait correspondre à chaque humeur une personnalité : un excès de sang donnait le sanguin, un excès de bile noire le mélancolique, de bile jaune le bilieux, de flegme le flegmatique. La même approche catégorielle a été retenue dans les classifications contemporaines, que ce soient celle de l'Organisation mondiale de la santé ou celle du *DSM-5* (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e édition, établi par l'American Psychiatric Association). Au lieu des quatre types de personnalités de la théorie humorale, le *DSM-5* distingue dix personnalités pathologiques, qui sont elles-mêmes regroupées en trois catégories principales.

L'autre approche est dimensionnelle. Les dimensions sont au nombre de cinq. Ce sont les « *big five* » répondant à l'acronyme « OCEAN » : ouverture à l'expérience, conscience, extraversion, agréabilité et névrosisme. Chacune correspond à une tendance de la personnalité et leur combinaison permet de définir les personnes dites normales comme celles dites pathologiques. Par exemple, le névrosisme caractérise ceux qui sont facilement angoissés, d'humeur instable et négative, qui maîtrisent mal leurs émotions. L'agréabilité définit une propension à aider les autres, à coopérer, à se montrer empathique. Les travaux psychométriques ont montré la robustesse de cette approche.

Il y a une autre façon, plus subtile et réaliste à mon avis, de voir les choses, car les catégories du *DSM* ne sont pas cloisonnées. On observe des cas typiques : un sujet peut présenter tous les traits de la personnalité paranoïaque (la méfiance, l'orgueil, la tendance à interpréter, la susceptibilité) dans sa façon d'être habituelle, et non sous une forme aiguë passagère. Le diagnostic de personnalité paranoïaque est alors facile à poser. Mais on peut retrouver chez quelqu'un des traits qui entrent dans la définition de la personnalité pathologique X, et d'autres dans la définition de la personnalité Y. Le tableau peut être complexe, avec des formes incomplètes ou des formes mixtes. Le *DSM* compte d'ailleurs une catégorie résiduelle : « trouble de la personnalité non classé ailleurs ». Une autre difficulté provient du fait qu'un critère de trouble de la personnalité ne se mesure pas comme la fièvre ou un taux hormonal. Dans l'incertitude, on peut s'aider de questionnaires, et au fil du temps, la connaissance de la personnalité du patient s'affine.

© Fajar P. Domingo

Pouvez-vous nous décrire les catégories de personnalités ?

Le premier groupe comporte les personnalités paranoïaque, schizoïde, schizotypique. Le paranoïaque, on voit assez bien ce que c'est, les deux autres catégories un peu moins. Les schizoïdes sont des gens assez froids, distants, qui ont peu

Bernard Granger est psychiatre et universitaire. Il dirige l'unité de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Cochin à Paris. Il est l'auteur de nombreux livres dont, avec Daria Karaklic, *Les Borderlines* (Odile Jacob, 2012).

Avec l'âge, souvent, les symptômes tendent à s'atténuer, voire à disparaître.

de relations sociales. Le schizoïde est quelqu'un de bizarre, à la limite du délire.

Le deuxième *cluster* regroupe la personnalité antisociale, qui transgresse les règles, manipule les autres, est dans le passage à l'acte; la personnalité histrionique, terme qui a remplacé le qualificatif d'hystérique, jugé trop stigmatisant: elle se caractérise par le théâtralisme et la quête permanente d'attention; le narcissique, qui a besoin d'être admiré, dont le grand slogan est «*tout m'est dû*» – il se voit comme quelqu'un d'exceptionnel, il utilise les autres; enfin le *borderline*, caractérisé par une instabilité dans tous les domaines, l'impulsivité, les sautes d'humeur, les colères, la mauvaise maîtrise des émotions. Certains auteurs définissent ce dernier trouble comme une absence de structuration de la personnalité.

Un troisième groupe rassemble les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive. Pour chacun de ces dix types figurent une liste de critères cotés en tout ou rien.

Le trouble «*borderline*», sur lequel vous avez écrit, fait-il partie des dix catégories?

Oui, mais cela reste débattu. Pour certains, ce trouble fait partie de ceux de la personnalité; pour d'autres, c'est une maladie qui a un début, un milieu et une fin, la stabilité des traits au cours de la vie n'étant pas très forte. Avec l'âge, souvent, les symptômes s'atténuent, voire disparaissent. C'est moins le cas dans les autres personnalités pathologiques.

Ces personnalités troublées sont-elles pour autant malades?

Il ne faut pas psychiatriser toute l'existence, ni avoir une approche normative. Pour diagnostiquer un trouble de la personnalité, il faut que la gêne entraînée soit importante. Les critères comptent, mais aussi la souffrance psycholo-

gique et le retentissement dans la vie personnelle et sociale. Longtemps, l'attention a été concentrée sur les grandes maladies mentales, les psychoses, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur. On a longtemps négligé les troubles de la personnalité. Lorsqu'on a commencé à concevoir des psychothérapies pour les soigner, qu'on a vu paraître énormément de publications à leur sujet, on s'est aperçu que cela était fréquent et pouvait être relativement bien pris en charge.

Nous avons tous des traits de personnalité plus ou moins affirmés, mais ils deviennent pathologiques quand la façon de réagir, de se comporter, est vraiment rigide. Le but des psychothérapies est d'assouplir les traits de personnalité pour éviter que les événements fassent trop souffrir, pour que les sujets échappent aux réactions stéréotypées. Certains disent que la maladie mentale est une perte de liberté, ce qui s'applique aux troubles de la personnalité.

Mais comment être sûr du diagnostic?

Il faut sûrement être prudent et prendre son temps avant de poser un diagnostic de personnalité pathologique. Quand quelqu'un est très déprimé, sa personnalité ne s'exprime pas normalement, car les symptômes dépressifs sont au premier plan. Lorsqu'elles sont en phase d'euphorie, les personnalités évitantes deviennent familières et entreprenantes, fortes de la surestimation de soi qu'entraîne l'état d'excitation. Il vaut mieux ne pas poser un diagnostic de personnalité lors d'un épisode aigu, notamment un trouble de l'humeur.

Assez fréquemment, dans le cas des personnalités *borderline*, les premières hospitalisations surviennent à la suite d'une tentative de suicide ou d'un état dépressif. C'est après, quand les épisodes se répètent, qu'on s'aperçoit que ce n'est pas une simple dépression. C'est important de faire la différence, parce que si on se contente de soigner la dépression, on ne soigne pas le trouble sous-jacent, et de ce fait on ne soigne pas convenablement la dépression secondaire, qui souvent d'ailleurs ne répond pas bien aux antidépresseurs.

« Je vois depuis des années un patient schizoïde : pour lui, tout est normal mais sa mère le décrit comme un fou. »

Connaît-on depuis longtemps l'existence de ces pathologies gigognes?

C'est la notion de comorbidité: n'importe quel trouble mental peut se compliquer d'un état dépressif par exemple. Avant, on s'appuyait sur les grandes structures de la personnalité définies par les freudiens: névrose, psychose et perversion. La nosographie est devenue beaucoup plus détaillée; énormément de troubles ont été décrits, au point que l'empilement des diagnostics n'est pas rare. Si c'est possible, la dimension de la personnalité doit toujours être explorée quand on cherche à aider un patient, sachant qu'il peut minimiser ses difficultés, ou même être dans le déni en raison même de la nature du trouble, d'où l'intérêt d'avoir l'éclairage de l'entourage. Je vois depuis des années un patient schizoïde: pour lui, tout est normal et il ne comprend pas pourquoi il consulte, mais sa mère le décrit comme un grand fou – mais peut-être qu'elle exagère aussi!

Y a-t-il des débats sur la prise en charge?

Bien sûr. Le premier porte sur l'annonce du diagnostic. Des patients nous disent: «*Je crois que je suis* borderline, *mais mon psychiatre ne veut pas me mettre une étiquette sur le front.*» Deux approches s'opposent: ceux qui ne veulent pas risquer d'enfermer le malade dans un diagnostic; et à l'inverse ceux qui pensent, avec Roland Barthes, que «*nommer apaise*». J'ai souvent constaté que lorsqu'une personne sait qu'on a identifié ce dont elle souffre, elle est soulagée. Le diagnostic est important aussi, car il conditionne l'approche thérapeutique. On ne peut pas faire une psychothérapie «passe-partout». Le trouble *borderline* est bien identifié et des psychothérapies ont été mises au point pour le traiter spécifiquement.

Tous les troubles de la personnalité ont-ils leur psychothérapie dédiée?

On sait que certaines personnalités ne vont jamais chercher d'aide: les paranoïaques pensent que le problème vient des autres, les schizoïdes et les schizotypiques sont repliés sur eux-mêmes, les narcissiques se sentent plus beaux et plus forts que n'importe qui. Quant aux sociopathes ou antisociaux, qui transgressent les lois sans éprouver de culpabilité, on les trouve plutôt en prison qu'à l'hôpital psychiatrique. Les *borderlines* recherchent de l'aide, les histrioniques et les obsessionnels-compulsifs aussi. Les gens consultent parce qu'ils ont conscience que quelque chose ne va pas, souvent à l'occasion d'un événement de vie, d'une rupture, qui les a déstabilisés. C'est là qu'on découvre que derrière leur mal-être se trouve un trouble de la personnalité. Le traitement repose sur la psychothérapie, notamment la thérapie des schémas, mise au point par un psychologue américain, Jeffrey Young, mais on peut être amené aussi à

CAS CLINIQUE
Borderline for ever ?

Le trouble de la personnalité *borderline*, il faut le savoir, se caractérise par un taux de mortalité élevé. Et pourtant, il se soigne souvent avec succès.

Je pense par exemple à une patiente qui me consulte depuis ses 17-18 ans. Elle présentait tous les traits d'une personnalité *borderline* : tentatives de suicide, hospitalisations répétées, scarifications, instabilité affective, peur de l'abandon, addictions. Elle vivait avec une mère malade, ce qui ne faisait qu'aggraver ses troubles.

Pendant presque dix ans, cette jeune fille a éprouvé les plus grandes difficultés à trouver sa voie, elle n'arrivait pas à construire de relations amoureuses stables, elle était très souvent dans des situations de grande détresse. On l'a aidée par la psychothérapie et par des médicaments. Elle a fini par trouver un ancrage psychologique et social dans une formation qui lui convenait. Elle vit avec un compagnon une relation épanouissante et rassurante. Après des années sous neuroleptiques et antidépresseurs, elle ne prend plus aujourd'hui la moindre médication, l'arrêt des traitements ayant été favorisé par un projet de grossesse.

Cet exemple montre pourquoi certains auteurs pensent que le trouble *borderline* n'est peut-être pas un trouble de la personnalité, mais un trouble transitoire, la structuration de la personnalité pouvant intervenir au fil des expériences de vie. Nous avons encore beaucoup à découvrir sur les *borderlines*, pour lesquels les données scientifiques sont évolutives. ● **B.G.**

prescrire des traitements psychotropes pour soulager des symptômes comme l'anxiété, l'état dépressif, l'irritabilité. Certains traitements limitent aussi le passage à l'acte. C'est du sur-mesure, en fonction des cas et de l'intensité des symptômes, et aussi des préférences des patients. Mais la psychothérapie est le pilier du traitement.

Voit-on évoluer les pathologies selon les époques?

Vous parlez de la pathomorphose, c'est-à-dire de l'évolution de la pathologie et de son expression en fonction des époques. Sans parler d'épidémie, il y a des maladies «à la mode». Il y a quarante ans, quand je faisais mes études, on parlait beaucoup de l'hystérie, quasiment jamais du trouble *borderline*. Maintenant le nombre de publications sur les *borderlines* a explosé, mais on n'écrit presque plus rien sur la personnalité histrionique.

Il est vraisemblable que la façon d'exprimer son mal-être est influencée par ce que les gens lisent ou entendent, par la façon dont ils sont éduqués, par l'air du temps. Quand on dit que le trouble de la personnalité *borderline* est une absence de structuration de la personnalité, on voit bien ce que cela peut évoquer dans la société actuelle, où les règles sont beaucoup plus relâchées, où les individus sont davantage laissés à eux-mêmes, sans discipline imposée, comme cela pouvait être le cas il y a quarante ou cinquante ans. Les modes concernent aussi les psychiatres. Dès qu'un trouble peut être soigné, on a tendance à en favoriser le diagnostic. Il ne faut pas non plus occulter les aspects économiques, sociologiques, corporatistes: la santé est un marché.

Les personnalités troublées sont-elles fragiles?

Par définition! Elles subissent les conséquences personnelles, professionnelles, sociales de leur trouble. Il faut les soigner parce qu'elles peuvent ainsi avoir une vie plus épanouie et retrouver une certaine liberté en se dégageant des schémas dans lesquels elles sont enfermées. Sur les troubles de la personnalité, les recherches biologiques n'ont pas donné grand-chose, qu'elles portent sur la génétique ou sur le fonctionnement cérébral. La personnalité est une construction complexe entre facteurs biologiques, familiaux, éducatifs, sociaux, sans oublier les événements de la vie, notamment les traumatismes.

Le fait que les gens s'informent sur Internet change-t-il la prise en charge?

Quelqu'un qui souffre cherche à comprendre ce qu'il a. Les patients font des recherches sur leurs symptômes et viennent nous consulter en proposant leur autodiagnostic. Ils cherchent une confirmation auprès d'un professionnel. Cette attitude complique-t-elle la prise en charge? Je dirais que non. Cela permet d'avoir un langage commun. Le patient s'est reconnu dans une description et l'expérience montre que c'est assez souvent exact. Aux médecins qui disent que l'implication et l'autonomie des patients d'aujourd'hui sont un désastre, se sentant menacés dans leur magistère, je réponds que c'est toujours mieux de substituer des échanges collaboratifs à une attitude autoritaire ou paternaliste! ●

PROPOS RECUEILLIS PAR SOPHIE GHERARDI

© Charles de Luvio / Unsplash

PARAPHILIE

LA PETITE BÊTE QUI DESCEND

L'histoire critique des perversions sexuelles et la société plus libérale des années 1970 ont fait que la psychiatrie ne stigmatise plus certaines pratiques ou attirances sexuelles. Avec pour limite la délinquance sexuelle.

La dernière édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques* (*DSM-5*) a donc cherché à distinguer les paraphilies, des variétés dans le comportement sexuel relevant de la sexologie, et les troubles paraphiliques, bien identifiés comme des troubles mentaux. Ces derniers se subdivisent en neuf entités reconnues.

La *distress*, souffrance du sujet, y est présentée comme valeur cardinale: des fantasmes (qui peuvent ne pas nécessairement s'actualiser), des impulsions, des comportements sexuels relèvent du pathologique s'ils persistent sur une durée de temps supérieure à six mois, et perturbent le fonctionnement social du sujet ou provoquent en lui une souffrance «*cliniquement significative*». Pourtant, un autre critère qui paraît plus secondaire dans le *DSM* mais qui est au premier plan dans la prise en charge médico-légale de ces troubles, est celui de la souffrance infligée à autrui, dans le cas où le trouble paraphilique concerne des enfants ou des personnes non consentantes.

PERVERSITÉ PATHOLOGIQUE OU MORALE

Si ces classifications ont fait leur *mea culpa*, elles sont pourtant héritières d'une longue histoire des déviances sexuelles, qui prend racine au 19e siècle.

Le terme «perversion» n'a pas alors de connotation spécifiquement sexuelle, ou morale. Sous la plume des aliénistes, elle renvoie à des déviations d'instincts naturels: ainsi, l'hypocondrie ou le suicide sont décrits comme des perversions de l'instinct de survie. La perversion de l'instinct sexuel n'en constitue qu'un type parmi les autres.

Le domaine judiciaire connaît à la même période une évolution majeure: l'intentionnalité derrière les actes criminels est peu à peu prise en compte. Le terme «perversion» s'impose alors pour distinguer le pervers pathologique, dont le passage à l'acte est impulsif, «*instinctif*» comme l'écrit Jean-Étienne Esquirol, de la perversité morale, où le sujet fait le mal volontairement. L'affaire François Bertrand, en 1849, marque un tournant. L'accusé, qui déterre des cadavres pour les démembrer et les violer, est l'objet de vifs débats. La perversion est alors décrite selon un schéma clinique précis: des idées fixes accompagnées d'angoisse, puis un soulagement au moment du passage à l'acte, et un retour de l'angoisse. Ce qui la range du côté des troubles obsessionnels. Il faut attendre le début du 20e siècle pour que la perversion change de registre et se définisse finalement comme jouissance à faire le mal, en particulier sous l'influence de la psychanalyse.

C'est seulement dans la troisième édition (1980) du *DSM* qu'apparaît le nom «paraphilie», moins stigmatisant. Certains travaux estiment qu'environ 20% des délinquants sexuels ayant reçu une obligation de soin relèvent aujourd'hui d'un trouble paraphilique. Les principaux traitements sont en premier lieu psychothérapiques, mais certains antidépresseurs semblent avoir montré une efficacité. Les traitements hormonaux restent quant à eux rarement employés et nécessitent un consentement écrit de la personne concernée. ●

Sources

- «Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle?» Héloïse Delavenne *et al.*, *PSN*, vol. 12, 2014/1.
- «La formation du concept psychiatrique de perversion au 19e siècle en France» Claude-Olivier Doron, *L'Information psychiatrique*, vol. 88, 2012/1.
- «Perversion, obsession, paraphilie, ou l'histoire d'un oubli: repenser la clinique des troubles psychosexuels» Julie Mazaleigue-Labaste, *Le Cercle herméneutique*, n° 26-27, novembre 2016.

LOUISE MORFOUACE

TROUBLE BIPOLAIRE
D'un paroxysme à l'autre

Par **Jean-Pierre Guichard et Angélique Excoffier**

Exaltation en phase maniaque, effondrement en phase dépressive, ce trouble fait vivre un enfer aux patients. Alors que des traitements efficaces existent, le diagnostic est souvent tardif.

© Win-Initiative / Neleman / Getty

La bipolarité a maintes fois changé de nom. «Folie circulaire» ou «folie à double forme» pour les aliénistes Jean-Pierre Falret et Jules Baillarger qui la décrivent en 1854, «folie maniaque-dépressive» pour le psychiatre allemand Emil Kraepelin (1899), «psychose maniaco-dépressive» (PMD) par les Français Gaston Deny et Paul Camus (1907). Cette dénomination s'impose jusqu'aux années 1980, où on commence à considérer le terme «psychose» comme trop péjoratif, au vu du caractère transitoire des symptômes psychotiques. Devenue «trouble bipolaire» dans le *DSM-III* américain (1980), la pathologie se caractérise par des variations anormales et récurrentes de l'humeur, entre deux pôles opposés, celui de l'exaltation ou manie et celui de la dépression.

La déstigmatisation partielle de la maladie fait que beaucoup tendent aujourd'hui à la banaliser: puisque tout le monde présente des «hauts» et des «bas», nous serions tous bipolaires... C'est là méconnaître la brutalité et l'ampleur des «montées» et des «descentes» de l'humeur et leur impact désastreux sur les patients concernés. D'autres prétendent que la bipolarité est une «mode» et mettent en garde contre une inflation de diagnostics erronés... Cependant, les études montrent qu'en réalité c'est le sous-diagnostic qui prévaut et fait des ravages: la maladie bipolaire n'est diagnostiquée, en moyenne, que dix ans après l'apparition de ses premiers symptômes.

SYMPTÔMES ET RÉPERCUSSIONS

La bipolarité comporte classiquement l'alternance d'épisodes de polarité opposée, expansifs (phase haute, «*up*»,

Jean-Pierre Guichard est psychiatre et psychothérapeute. Il est notamment l'auteur de *Les Troubles bipolaires en 100 mots. Pour mieux connaître la bipolarité*, Ellipses, 2019.

Angélique Excoffier est psychologue clinicienne. Elle est l'autrice, avec Christine Deroin, de *«Mon père fait des montagnes russes dans sa tête». La bipolarité*, Oskar, 2015.

Ils ont écrit ensemble *Faire face au trouble bipolaire. Guide à l'usage du patient et de ses aidants*, 2e éd., Ellipses, 2019.

maniaque, le «paroxysme» de l'exaltation) et dépressifs (phase basse, «*down*», le «paroxysme» de la souffrance). Des intervalles libres, avec normothymie (humeur normale), sont décrits entre ces épisodes.

La manie (durée minimale de sept jours), spécifique du trouble bipolaire (TB) de type I, se manifeste notamment par les signes suivants: débordement d'énergie, hyperactivité (ou agitation), réduction du besoin de sommeil, surestimation de soi (mégalomanie), distractibilité, communicabilité accrue, logorrhée. Dans sa forme euphorique, elle s'apparente à une «grande fête», avec une quête effrénée du plaisir, conduisant à des excès et prises de risque dans tous les domaines (dépenses, sexe, consommation de substances...). Elle engendre fréquemment des conflits familiaux et professionnels, altère le fonctionnement au travail (par dispersion et désorganisation) et nécessite en général une hospitalisation. L'hypomanie (durée minimale de quatre jours), qui représente une forme atténuée de manie, avec les mêmes symptômes mais de moindre intensité, définit le TB de type II quand elle alterne avec des dépressions majeures. Au quotidien, elle peut s'accompagner d'une augmentation de la productivité et des performances professionnelles.

L'épisode dépressif majeur ou caractérisé (durée minimale de quatorze jours), quant à lui, est souvent vécu comme une «*descente en enfer*» (expression du poète Gérard de Nerval). Il s'accompagne généralement de tristesse, de souffrance morale, d'une impression de vide, de désespoir, d'anhédonie (disparition du plaisir), d'un défaut ou d'un excès d'appétit, d'hypersomnie, de troubles cognitifs, mais aussi d'agitation ou au contraire de ralentissement moteur, d'une perte d'énergie, de sentiments tels que la dévalorisation, la culpabilité non fondée, et d'idées suicidaires pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide. La plupart du temps, il rend la personne incapable d'effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne (faire sa toilette, préparer le repas...) et *a fortiori* d'aller travailler. On signalera ici que le TB débutant, dans près de 60% des cas, par un ou plusieurs épisodes dépressifs, on lui attribue souvent le diagnostic de dépression unipolaire, maladie différente dont le traitement n'est pas le même. D'où l'importance, devant toute dépression, de prendre en compte les antécédents familiaux et d'en surveiller l'évolution, afin de détecter le plus tôt possible la survenue d'une éventuelle hypomanie (qui signerait alors le diagnostic).

Les deux sexes semblent affectés à égalité par la maladie bipolaire, qui survient entre 15 et 25 ans.

Le trouble cyclothymique correspond à une forme modérée de TB et se caractérise par la présence intermittente, mais quasi permanente (durant au moins deux ans), de symptômes hypomaniaques alternant avec des symptômes subdépressifs. Il peut néanmoins entraîner une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Les deux sexes semblent affectés à égalité par la maladie bipolaire qui survient habituellement en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte (en moyenne entre 15 et 25 ans). Mais la pathologie peut débuter à tout âge de la vie, à partir de 5-6 ans (*lire encadré*). Sa prévalence, c'est-à-dire le pourcentage de sujets atteints dans la population générale, serait de 1,5% pour le TB de type I, de 0,8% pour celui de type II et de 0,4% à 2,5% pour le trouble cyclothymique (selon le *DSM-5-TR*, 2022).

LES GÈNES ET L'ENVIRONNEMENT

Pour expliquer l'origine de la maladie bipolaire, on se réfère à un modèle qu'il est convenu d'appeler «vulnérabilité-stress» ou «d'interaction gènes/environnement.» On peut parler au sujet de la bipolarité d'une pathologie à hérédité complexe et partielle, mettant en jeu non pas un seul gène anormal et dominant mais de multiples gènes. Aussi sa transmission à la descendance n'est-elle pas systématique, loin s'en faut, puisque le risque d'en être affecté pour un enfant, dont un des parents serait atteint, se situerait à environ 10%.

Parmi les événements extérieurs susceptibles de jouer le rôle de facteurs prédisposants lorsqu'ils interagissent avec les gènes, on peut évoquer: des infections virales (grippe, herpès...) ou parasitaires (toxoplasmose), contractées *in utero* ou très précocement, de même que des traumatismes subis dans l'enfance, tels que négligences, maltraitances psychologiques ou physiques, abus sexuels, expériences de séparation ou d'abandon... Des recherches récentes ont révélé que ces infections ou stress majeurs précoces déclencheraient une réaction immuno-inflammatoire excessive et durable, qui aurait des effets délétères sur le développement des réseaux cérébraux (circuit fronto-limbique) ainsi que sur les neurotransmetteurs impliqués dans la régulation des émotions et de l'humeur.

La vulnérabilité bipolaire se traduirait notamment par une sensibilité accrue au stress, une hyperréactivité émotionnelle et/ou un tempérament cyclothymique (variations brusques et brèves de l'humeur). En fin d'adolescence ou à l'âge adulte, chez un sujet vulnérable et prédisposé donc, ce sont généralement des événements de vie stressants (la

perte d'un être cher, un bouleversement des rythmes de vie...) qui déclencheront le premier épisode du TB (révélant ainsi la pathologie), puis ultérieurement ses récidives, puisqu'il s'agit d'une maladie récurrente.

QUELLES PRISES EN CHARGE?

C'est parce qu'il existe dans le TB des perturbations biologiques, qui intéressent notamment la chimie du cerveau, que le traitement pharmacologique est incontournable. Les médicaments spécifiques du trouble sont représentés par les stabilisateurs ou régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs) qui, au-delà des effets curatifs qu'ils peuvent avoir sur les épisodes eux-mêmes, sont pourvus d'effets préventifs vis-à-vis des récidives de la maladie. Ils appartiennent à trois classes distinctes: le lithium, sel naturel et thymorégulateur de référence, préconisé en première ligne par la majorité des recommandations internationales; les anticonvulsivants; les antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération. Ces types de traitements doivent évidemment être pris en permanence, au long cours, toute suspension ayant pour conséquence d'entraîner, à brève échéance, une rechute. Chaque cas étant particulier, c'est une stratégie thérapeutique personnalisée qui sera proposée au patient.

Le traitement pharmacologique est indispensable, mais doit être complété par une approche psychothérapeutique. Parmi les principales prises en charge figurent: la psychoéducation qui vise à faciliter la compréhension de la maladie et l'adhésion au traitement, à développer des compétences pour gérer les épisodes et maintenir une hygiène de vie, l'idéal étant d'impliquer l'entourage du patient; les thérapies cognitives et comportementales (TCC); la thérapie interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux (Tipars); enfin la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*mindfulness based cognitive therapy*).

UN MESSAGE D'ESPOIR

Il importe pour la personne atteinte de trouble bipolaire d'accepter cette maladie. Malgré la souffrance qu'elle implique, elle peut se révéler source de richesse en matière de créativité et d'humanité. Et la bipolarité sera d'autant mieux acceptée qu'on cessera de la considérer comme une fatalité entraînant une vie de tempêtes et de chaos. Il existe des moyens efficaces de prévenir les «hauts» et les «bas» ou, si survient malgré tout un épisode, d'en atténuer notablement les conséquences. D'énormes progrès restent certes à réaliser en ce qui concerne le dépistage de la maladie – encore beaucoup trop tardif – et sa prise en charge qui, souvent, ne comporte ni approche psychoéducative appropriée ni surveillance des facteurs de risque somatiques (comorbidités métaboliques et cardiovasculaires qui réduisent l'espérance de vie). ●

© Milan Jovic/Getty

DÉBAT
Bipolarité : les enfants aussi ?

Le trouble bipolaire (TB) à début précoce reste un sujet de débat et de controverses. En effet, un certain nombre de thérapeutes considèrent que le TB ne survient pas avant la puberté. Et pour ceux qui admettent l'existence d'un TB pédiatrique, la définition même de son entité clinique ne fait pas encore consensus, compte tenu de son expression variable et influencée par les aspects développementaux de l'enfance. Une des meilleures preuves de la réalité de la bipolarité infantile a été apportée par des études rétrospectives, conduites principalement aux États-Unis, qui ont mis en évidence que 20 à 40% des adultes bipolaires font remonter le début de leurs troubles à la période de leur enfance. De même, des études prospectives s'intéressant au devenir d'enfants prépubères ayant présenté un épisode dépressif caractérisé ont montré qu'il s'agissait, dans un tiers des cas, de l'épisode initial d'un TB, dont le premier accès (hypo)maniaque apparaîtra en général dans les quatre années suivantes.

On ne manquera pas de suspecter un TB chez un enfant qui présenterait: une dépression à début brutal avec irritabilité, ralentissement psychomoteur, plaintes physiques, symptômes psychotiques (par exemple hallucinations) ; une forme de manie, même brève, avec crises de colère (ou de rage), hyperactivité, excès d'énergie, réduction du sommeil, désinhibition sexuelle, idées délirantes de grandeur, c'est-à-dire un état en nette rupture avec le fonctionnement habituel de l'enfant; une irritabilité épisodique; une des manifestations précédentes dans un contexte d'antécédents familiaux de TB. Soulignons qu'un repérage précoce, dès l'enfance, de la pathologie bipolaire apparaît crucial. Faute de prise en charge (préventive et/ou curative) du trouble, le développement psychosocial et la scolarité de l'enfant risqueraient de se trouver gravement compromis. ● **J.-P.G. ET A.E.**

DÉPRESSION

La vie est un long fleuve tari

Entretien avec **David Gourion**

La dépression n'est pas un simple manque de volonté, un laisser-aller, de l'apathie, du pessimisme. C'est une maladie à part entière qui assèche le fil des jours. Mais comment s'installe-t-elle ?

© Astrid di Crollalanza

Quelle est la définition exacte de la dépression, et quels sont ses symptômes?

La dépression, aujourd'hui appelée épisode dépressif caractérisé, est un trouble psychiatrique qui affecte l'humeur, le comportement et la santé globale. Elle se caractérise par des sentiments prolongés de tristesse, de vide ou de désespoir, et une perte d'intérêt pour beaucoup d'activités. Les symptômes incluent des changements dans l'appétit et le sommeil, une perte d'énergie avec ralentissement psychique et moteur, des difficultés de concentration, des douleurs… Pour être diagnostiqués, ces symptômes doivent être présents presque tous les jours pendant au moins deux semaines, et avoir un impact majeur sur le fonctionnement de la personne et la qualité de vie. C'est une maladie qui tue, en particulier les jeunes et les personnes âgées, avec plus de 9000 morts par suicide par an en France dont une majorité est attribuable à la dépression.

Peut-on guérir tout seul d'une dépression?

Le terme «épisode» dépressif dit bien ce qu'il veut dire: il y a un début et une fin. La dépression, c'est comme un tunnel, on y entre et on finit par en sortir, même sans traitement,

David Gourion est médecin psychiatre à Paris. Il a été chef de clinique dans le service hospitalo-universitaire de l'hôpital Sainte-Anne. Parmi ses nombreux ouvrages: *La Fragilité psychique des jeunes adultes* (Odile Jacob, 2015), *Antistress* et *Guérir nos âmes blessées. La révolution des thérapies* (Marabout, 2022 et 2023).

mais au prix de nombreux dégâts. L'épisode dure en moyenne de six à huit mois, ce qui correspond à la recommandation officielle de durée de traitement par antidépresseurs, qui permet d'éviter le pire, c'est-à-dire non pas seulement la perte d'estime de soi, ou d'un travail, ou d'une relation sentimentale, mais l'alcoolisme par exemple, ou bien sûr le suicide. Le traitement accélère la guérison et la sécurise. Mais un épisode peut durer beaucoup plus longtemps si la personne en a déjà traversé plusieurs. 10 à 15% des gens connaissent des épisodes qui peuvent durer des années.

D'où vient un épisode dépressif? Est-ce une analyse rationnelle de l'existence qui conduirait au pessimisme ou à un constat d'échec personnel?

Il ne s'agit pas d'une posture philosophique sur l'existence, mais d'un état global qui affecte le comportement, les émotions, la cognition, et même le corps: des données récentes montrent des inflammations dans certaines régions cérébrales et des atteintes du système immunitaire.

Les patients nous expliquent souvent qu'ils font une dépression à cause d'un divorce, du travail, d'une maladie... Notre cerveau adore trouver une explication simple à des problèmes compliqués. Or, non seulement la dépression est multifactorielle, mais le sens de la flèche causale peut s'inverser: il y a eu d'abord un épisode dépressif qui a fait perdre tout plaisir et toute envie, éventuellement a rendu irritable, d'où un impact négatif sur le couple... Il faut amener les patients à reconsidérer ce qu'on appelle en psychologie le locus interne ou externe (c'est-à-dire notre tendance à attribuer ce qui nous arrive plutôt à nous-même ou aux événements extérieurs). Comprendre que la dépression a un impact sur le monde extérieur et réciproquement, peut-être une motivation pour se soigner: ce n'est pas que la faute de la conjointe ou du conjoint, du patron... Si je ne vais pas bien, il est difficile pour les autres de créer du lien avec moi. Alors je dois me soigner.

Si ce n'est pas forcément un événement majeur qui déclenche une dépression, quelle est sa source?

Il existe beaucoup d'études épidémiologiques à ce sujet, en particulier sur des jumeaux. Ceux-ci se développent dans un environnement partagé, depuis la vie intra-utérine jusqu'au quotidien familial. Or, les «faux jumeaux», dizygotes, partagent 50% de leur ADN, contre quasiment 100% pour les «vrais jumeaux», monozygotes. Chez les faux jumeaux, si l'un a une dépression, l'autre encourra en moyenne 10% de risques de se voir atteint à son tour. Chez les vrais jumeaux, les risques s'élèvent à environ 50%. On observe donc une contribution génétique forte, vérifiée maintes fois, même si on ne peut pas parler de gènes de la dépression, mais plutôt de gènes de vulnérabilité à la dépression. Pour autant, il n'y a aucune fatalité puisqu'à patrimoines génétiques identiques chez les jumeaux monozygotes, on a 50% de chances de ne jamais être atteint par un trouble dépressif. L'interaction gènes/environnement est donc puissante.

Chez les personnes atteintes de dépression de manière récurrente au cours de leur vie, on remarque que le premier épisode était souvent lié à un événement stressant: divorce, échec à un examen... Mais dans les épisodes suivants, ce n'est plus le cas, notamment dans les dépressions les plus sévères. Comme si la maladie devenait autonome. Ainsi les vulnérabilités s'imbriquent, s'entrecroisent, et s'accompagnent souvent de comorbidité, surtout quand la dépression n'est pas soignée: alcoolisme, toxicomanie, difficultés socioprofessionnelles...

Le refus de vivre et les pensées suicidaires sont-elles systématiques dans la dépression?

Un des critères de diagnostic est l'anhédonie, ou perte du plaisir. Plus d'envie, plus de motivation, même pas pour voir ses amis, pas de récompense anticipée possible... Tout est comme anesthésié, sur fond de perte d'élan vital et de détachement. C'est un symptôme crucial, qui explique les comportements d'isolement mieux encore que la tristesse. Car celle-ci n'est pas systématique. Certains patients sont hostiles, irritables, colériques, mais pas tristes. Tous les déprimés ne sont pas tristes et à l'inverse, l'émotion de tristesse n'est pas synonyme de dépression! Des pensées suicidaires non plus ne sont pas systématiques. Par ailleurs, le suicide est la première cause de mortalité avant 30 ans. Nous, les psychiatres, sommes très vigilants à ce sujet, nous redoutons toujours de perdre un patient sévèrement déprimé. Mais à l'inverse, ce n'est pas parce qu'on nourrit des idées de suicide qu'on est forcément déprimé au sens médical: une étude récente portant sur à peu près 10000 lycéens montre que 24% d'entre eux ont eu des idées de suicide au cours de l'année 2022 (1). C'est énorme! Mais ça ne veut pas dire pour autant que 24% ont été déprimés. On peut tous avoir des questionnements philosophiques et existentiels, ou avoir un coup de blues temporaire. Néanmoins, pour nous, ce marqueur clinique est un «*red flag*» qui doit toujours attirer l'attention et nous le surveillons étroitement.

La dépression, on finit par en sortir, mais pas sans dégâts.

© Sasha Freemind / Unsplash

Le burn-out est-il une dépression qui prend le travail comme déclencheur?

Le burn-out et la dépression sont des conditions distinctes mais peuvent coexister. Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel, est lié à un état de stress chronique au travail, tandis que la dépression est un trouble médical bien caractérisé qui est sous-tendu par une multitude de causes biologiques et environnementales. Cependant, les symptômes peuvent se chevaucher et le burn-out non traité peut évoluer vers une réelle dépression.

Par ailleurs, de nombreux patients éprouvent des difficultés à reconnaître leur propre état de dépression, à cause d'un mécanisme de déni mais aussi parce que la société renvoie une image négative des problèmes de santé mentale. Le burn-out devient une sorte de version acceptable de la dépression, il montre qu'on est dévoué à son travail. La dépression, on en a encore honte, surtout en France: c'est un signe de faiblesse morale, de paresse, comme si on ne pouvait plus compter sur nous dans la famille ou dans l'entreprise. Autant ne pas le voir, ni le diagnostiquer…

D'autant qu'un diagnostic peut démoraliser encore plus le patient?

C'est très juste, mais on observe aussi l'inverse: dans les états sévères de dépression, on peut éprouver une culpabilité parfois délirante. Je repense à une patiente, jeune mère et brillante avocate qui pensait au suicide en disant: «*Je n'ai pas de raison d'aller mal, j'en aurais le droit si au moins j'avais un cancer…*» C'est comme si on disait à quelqu'un qui souffre de migraines ou de diabète: «*Tu n'as pas de raison d'être malade, pourquoi tu nous ennuies avec tes problèmes!*»

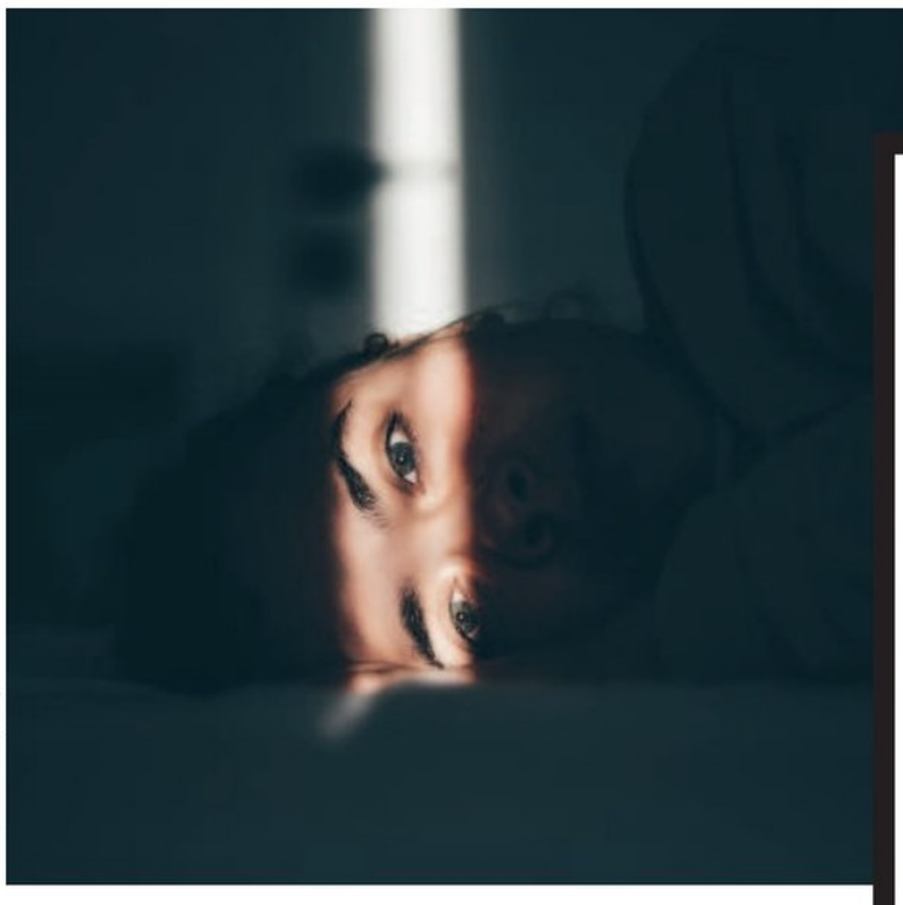
Des études récentes montrent une inflammation de certaines zones cérébrales.

On va tous accepter que quelqu'un qui a perdu un enfant soit déprimé, mais notre regard sera plus sévère pour quelqu'un qui traverse une dépression alors qu'il a tout pour être heureux. Les dépressifs se reprochent parfois de se complaire dans leur malheur, comme s'ils étaient responsables de leur état. Ce qui n'est évidemment pas le cas.

Si une personne dépressive n'a plus du tout envie d'aller vers les autres, comment l'entourage doit-il se comporter?

Souvent, l'entourage perçoit quelque chose mais se sent démuni. Difficile de savoir comment aborder la question avec la personne concernée. Le mieux est d'en parler assez directement: «*J'ai l'impression de te trouver moins bien en ce moment. Tu sembles triste. Est-ce que ça va? Comment tu te sens?*» Et puis: «*Est-ce que tu as des idées noires? Tu penses à mourir?*» Les parents, par exemple, redoutent, en l'interrogeant, de suggérer de telles idées à un ado qui va bien. Mais un ado qui va bien va plutôt éclater de rire! Tandis qu'un ado vraiment déprimé va éprouver du soulagement.

Le pire avec la dépression, c'est qu'on se sent très seul. Il est donc essentiel d'avoir l'impression que quelqu'un com-



© Maria Korneeva/Getty

PRÉVALENCE

20 % de dépressifs

La dépression est un des troubles mentaux les plus courants. Environ une personne sur cinq en souffrira au cours de la vie, avec une prévalence plus importante chez les femmes. Celles-ci sont susceptibles de vivre un épisode de dépression majeure, en particulier durant les périodes de transition spécifiques ayant un fort impact sur le plan psychologique et hormonal (puberté, post-partum et ménopause). La prévalence est par ailleurs plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes depuis la période postcovid. ● **D.G.**

prend ce qu'on est en train de vivre, à quel point on souffre, à quel point on se sent loin... Loin du monde, loin de tous. Généralement, on reçoit de mauvais conseils: «*Mais enfin, tu as tout pour être heureux, tu n'as qu'à faire ceci ou cela...*» C'est une façon de nous renvoyer à notre solitude: «*Secoue-toi!*» Non seulement on se croit nul, mais c'est notre faute... Avoir quelqu'un qui nous dit enfin: «*Je la vois, ta souffrance. Je la comprends*», c'est crucial. Utilisez vos propres mots, n'ayez pas peur. Et si la personne vous répond: «*Oui, tu as raison, je souffre, je pense à mourir*», passez le relais à des professionnels. Composez par exemple le 31 14, numéro gouvernemental où des soignants formés répondent sept jours sur sept pour vous guider.

Depuis quand parle-t-on de dépression et non plus de neurasthénie ou de mélancolie, par exemple?

Historiquement, les termes «neurasthénie» et «mélancolie» étaient couramment utilisés pour décrire ce que nous appelons aujourd'hui la dépression. Hippocrate, souvent surnommé le «père de la médecine», a décrit la mélancolie non seulement comme un état de tristesse ou de désespoir, mais l'a également liée à un déséquilibre des humeurs corporelles, en particulier un excès de bile noire. Ce concept a eu une influence durable sur la médecine pendant des siècles. Il croyait que ce déséquilibre pouvait être traité par des changements diététiques, des activités physiques et des médicaments, une approche qui préfigure les traitements modernes de la dépression qui incluent souvent des conseils sur le mode de vie et parfois des interventions médicamenteuses. La théorie des humeurs a dominé la médecine occidentale jusqu'à l'avènement de la médecine moderne, et des traces de cette pensée peuvent encore être observées dans certaines expressions de la langue française, comme «bilieux» pour décrire une personne caractérielle.

À la fin du 19e siècle, le neurologue américain George Miller Beard popularise le terme «neurasthénie», la décrivant comme une condition de faiblesse nerveuse. Ce diagnostic devient particulièrement répandu, englobant une large gamme de symptômes comme la faiblesse, les étourdissements et l'évanouissement. Une approche courante du traitement était la fameuse «cure de repos».

Le passage à l'utilisation du terme «dépression» a commencé au début du 20e siècle avec l'évolution des classifications médicales et psychiatriques. La classification *DSM* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) a standardisé l'utilisation du terme «trouble dépressif majeur» à partir de sa troisième édition en 1980.

Parler de dépression pour d'autres cultures a-t-il du sens?

La dépression est une condition reconnue dans le monde entier, mais sa perception et ses manifestations peuvent varier selon les cultures. Dans certaines cultures, les symptômes somatiques comme les douleurs physiques sont plus souvent mis en avant que les symptômes émotionnels. Les approches de traitement peuvent également différer, avec une plus grande acceptation des méthodes traditionnelles ou spirituelles dans certaines régions.

La dépression est-elle la médicalisation du malheur?

La dépression est plus qu'un simple état de tristesse ou de malheur; c'est un trouble médical avec des critères diagnostiques spécifiques et des impacts significatifs sur la vie quotidienne. La médicalisation de la dépression permet de fournir des traitements efficaces pour ceux qui en ont besoin, bien que cela nécessite une évaluation précise pour éviter les diagnostics excessifs. ●

(1) Santé publique France, enquête « La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'enquête EnCLASS 2022», publiée sur santepubliquefrance.fr, 9 avril 2024

PROPOS RECUEILLIS PAR JEAN-FRANÇOIS MARMION

COMMENT ON S'EN SORT

La médecine a fait des progrès considérables, et à vrai dire nous revenons de fort loin... En effet, une des premières méthodes de traitement des maladies mentales était la trépanation, déjà pratiquée il y a 7000 ans, qui consistait à percer le crâne pour éliminer les démons présumés responsables de la dépression à l'intérieur du cerveau... À partir du 17e siècle, la saignée et la purge étaient couramment utilisées pour traiter les déséquilibres des humeurs corporelles, une idée tirée de la médecine grecque ancienne. Aujourd'hui, outre les antidépresseurs et les psychothérapies modernes, les traitements de la dépression continuent d'évoluer avec de nouvelles approches telles que la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), la thérapie par électrochocs modernisée, et les psychédéliques comme la kétamine et la psilocybine en cours d'étude pour leurs effets potentiels sur la dépression résistante au traitement. ● D.G.

STRESS ET ANXIÉTÉ
Peut-on y échapper ?

Par **Jérôme Palazzolo**

Le stress est comme un système d'alarme assurant notre survie, mais s'il persiste et s'emballe, il nous gâche l'existence. Jusqu'à générer de l'anxiété. Comment réguler ce cadeau empoisonné?

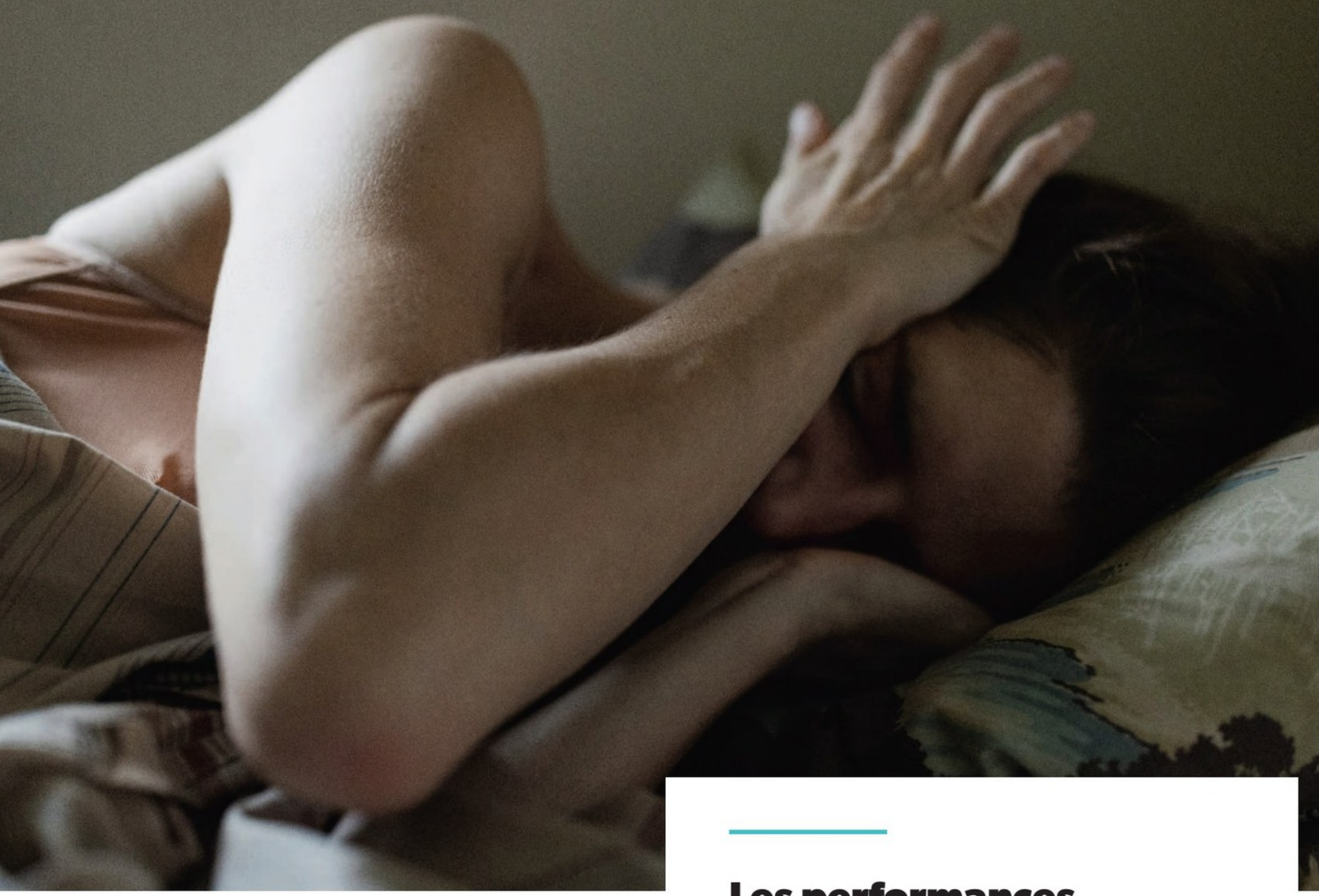
L'anxiété fait partie intégrante de notre quotidien. Que ce soit pour un examen, des élections ou un événement sportif majeur, la plupart des individus ressentent une certaine inquiétude quant au dénouement. Cette sensation de tension intérieure ou de danger imminent peut constituer une réponse adaptée quand elle prépare le sujet à affronter une épreuve difficile ou menaçante, le poussant à l'action et l'aidant à surmonter les obstacles éventuels. La nervosité anticipatoire face à une situation stressante est donc une émotion commune, qui peut être utile tant qu'elle reste modérée. Mais lorsque l'anxiété devient excessive et que la capacité à gérer ses émotions s'en trouve perturbée, il s'agit alors d'une affection réelle nécessitant une prise en charge adaptée.

DIVERS TROUBLES, UN SOCLE COMMUN

Les troubles anxieux représentent les syndromes cliniques les plus remaniés dans les versions successives des manuels diagnostiques des troubles mentaux. Au cours des vingt dernières années, les différentes pathologies liées à l'anxiété ont progressivement quitté le vaste domaine conceptuel des névroses. Le terme «névrose d'angoisse» a d'ailleurs été retiré des classifications cliniques en usage. Si l'anxiété peut revêtir diverses formes, il existe un socle commun, avec deux grands types de symptômes: psychocomportementaux et physiques.
Comment reconnaître un symptôme psychocomportemental? Vous vous inquiétez facilement pour vous-même ou pour vos proches; votre activité cognitive et intellectuelle forge des scénarios catastrophes (échecs probables, maladie grave, accident, problèmes financiers...). L'inhibition anxieuse est aussi comportementale, avec une agitation improductive et désordonnée, ou des comportements marqués par une certaine agressivité. La courbe de la qualité des performances intellectuelles en fonction de l'intensité de l'anxiété a une forme de U inversé. Il semble exister – pour un individu devant réaliser une performance précise dans des conditions déterminées – un niveau d'anxiété optimal, mobilisateur, voire moteur. Ainsi, vos performances sont altérées si l'anxiété est excessive, mais également lorsqu'elle est insuffisante!
Les symptômes physiques sont quant à eux très variés et correspondent à un hyperfonctionnement de votre système nerveux autonome. Sur le plan cardiovasculaire, ils vont se traduire par de la tachycardie, des troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui vous donnent quelquefois l'impression que votre cœur va s'arrêter), des douleurs précordiales (vous redoutez de «faire un infarctus»), des modifications de la tension artérielle.
Sur le plan respiratoire, les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de «souffle coupé». Sur le plan digestif, c'est la fameuse sensation de «boule dans la gorge» (qui peut gêner l'alimentation), des nausées, la diarrhée. Sur le plan neuromusculaire, on peut ressentir une tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dites de «tension»), ou des tremblements, paresthésies, bourdonnements d'oreilles. Enfin, sur le plan vasomoteur: hypersudation, pâleur, bouffées vasomotrices.
La présence de signes physiques est constante lors des états anxieux. Ils sont même souvent au premier plan, ce qui peut vous amener à consulter – plus souvent qu'un psychiatre – votre médecin généraliste, un médecin urgentiste ou un cardiologue.

Jérôme Palazzolo est psychiatre et psychothérapeute,
professeur au département santé de l'université Internationale Senghor à Alexandrie (Égypte), chercheur associé au Lapcos (Laboratoire d'anthropologie et de psychologie cliniques, cognitives et sociales) à l'université de Côte d'Azur, il a notamment publié *Se soigner par les TCC* (éd. Enrick B., 2023).

© Daniel Martinez/ Unsplash+



Les performances risquent d'être altérées par trop d'anxiété, mais aussi par trop peu !

Une vaste étude épidémiologique américaine menée par l'Institut américain de la santé mentale a révélé que 15% de la population des États-Unis souffre d'anxiété. D'autres travaux ont mis en évidence que 2,1% de la population souffre de trouble panique, 4,8% d'agoraphobie (peur irrationnelle de ne pas pouvoir échapper à une situation ou de ne pas pouvoir être secouru en cas d'attaque de panique), et jusqu'à 8,5% d'anxiété généralisée. Les femmes sont en moyenne deux fois plus touchées que les hommes.

D'ABORD, ÉDUQUER

À un niveau trop élevé, l'anxiété perturbe la vie quotidienne: les personnes souffrant de ce trouble rencontrent souvent des difficultés d'adaptation sociale ou professionnelle, et peuvent être enclines à l'isolement. L'anxiété peut même favoriser l'apparition d'une dépression, ce qui confirme la nécessité d'un traitement. La prise en charge est d'abord éducationnelle. Elle vise à permettre au sujet de modifier sa perception de l'anxiété et d'identifier les divers facteurs de stress afin de les combattre – ou de les accepter. Des techniques simples fondées sur le contrôle respiratoire, la relaxation, la méditation et la gestion des pensées dysfonctionnelles aident la personne à mieux contrôler son anxiété, puis à la surmonter. Dans ce contexte, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont très efficaces.

Dans certains cas, un traitement médicamenteux est nécessaire, lorsque le patient ne parvient pas à s'adapter aux événements anxiogènes de sa vie et qu'il éprouve des difficultés à gérer sa souffrance psychologique. Cependant, cette solution de dernier recours ne remplace pas le soutien essentiel d'une psychothérapie. Il convient de distinguer le traitement de la crise d'angoisse elle-même – où les anxiolytiques sont appropriés, mais sur une durée limitée, 12 semaines par exemple pour les benzodiazépines – du traitement de fond – où on cherche à réguler la sérotonine cérébrale (ce qui explique que des antidépresseurs soient le traitement privilégié dans ce cas, pour une durée également limitée, généralement de six mois à un an).
Dans tous les cas, il est essentiel de suivre une directive majeure: plus l'intervention est précoce, meilleur est le pronostic! ●

Pour en savoir plus

- *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* American Psychiatric Association, Elsevier-Masson, 5e éd., 2015.
- *Clinical Handbook of Anxiety Disorders. From theory to practice,* Eric Bui, Meredith Charney et Amanda Baker (dir.), Humana Press, 2020.

© Mayte Torres / Getty

AUTISME
Un trouble à spectre large

Le trouble du spectre autistique est de plus en plus diagnostiqué aujourd'hui. Est-ce une question de définition? Une épidémie encore inexpliquée? Le débat se poursuit.

Lorsque le mot «autisme» a été créé, en 1911, par le psychiatre suisse Eugen Bleuler, il désignait un symptôme de la schizophrénie, la perte de contact avec la réalité extérieure et le repli sur soi. C'est de 1943 que date une des premières descriptions de l'autisme infantile. Le pédopsychiatre américain Leo Kanner met alors en avant deux caractéristiques qui feront longtemps référence: «*aloneness*» (isolement) et «*sameness*» (immuabilité, intolérance au changement).

Dans la conception développée par les psychanalystes, l'autisme faisait partie des psychoses infantiles et trouvait son origine dans l'environnement de l'enfant et notamment dans ses premières relations d'attachement. Certains psychanalystes, à l'image de Bruno Bettelheim, ont longtemps défendu la thèse des mères trop « froides » et distantes, qui

pousseraient l'enfant à s'isoler de la sorte. Avec l'arrivée du *Manuel de classification internationale des maladies* (*CIM*) et du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie (*DSM*), se revendiquant tous deux comme athéoriques, on assiste à un tournant conceptuel. L'autisme est maintenant considéré comme un trouble neurodéveloppemental. L'accent est davantage mis sur les facteurs organiques que psychologiques.

Le *DSM-III* (1980) évoque pour la première fois le terme «trouble envahissant du développement» (TED), qui restera longtemps le terme de référence. Les TED (selon le *DSM*) comportaient plusieurs sous-catégories:

- l'autisme infantile (qui apparaît avant l'âge de 3 ans);
- le syndrome d'Asperger, dit «autisme de haut niveau», mais qui concerne en fait toutes les personnes avec un QI dans la norme;
- le syndrome de Rett, une encéphalopathie évolutive aux allures autistiques touchant principalement les filles;
- le trouble désintégratif de l'enfant: un développement normal les premières années, puis une régression des acquisitions par la suite;
- les TED non spécifiés: une symptomatologie atypique ou un âge de survenue plus tardif des troubles.

Les diagnostics de TED non spécifiés étaient quasiment deux fois plus nombreux que ceux d'autisme infantile. C'est cette dérive (entre autres) qui a motivé les chercheurs à réunir tous ces troubles sous un même terme: le «spectre autistique».

Jusqu'à très récemment, les classifications internationales retenaient trois critères principaux pour classer les troubles autistiques:

- Troubles des interactions sociales: absence de regard, de mimiques, d'expression corporelle, difficultés à partager ses intérêts et affects, à ajuster son attitude aux contextes sociaux.
- Troubles de la communication et du langage : retard ou absence de langage, syntaxe pauvre, prosodie monotone, difficultés à saisir l'implicite, à imiter ou à faire semblant.
- Des comportements, activités et intérêts restreints et répétitifs: stéréotypies motrices (battements ou torsions des mains, balancements, mouvements de toupie...), aligneements, rituels, modes de pensée rigides, intérêt excessif pour des objets insolites (cailloux, rubans, morceaux de jouets...) ou un domaine très spécifique.

À cela s'ajoute souvent une hypo ou hypersensorialité: recherche de *stimuli* sensoriels (faire tourner des roues, se balancer, faire des bruits de bouche...), attirance pour des bruits particuliers (chasse d'eau, aspirateur...), pour des couleurs ou lumières, pour des odeurs (ces enfants aiment flairer les objets) ou alors, parfois, une indifférence à la douleur, à la température, au monde sonore.

Le manuel diagnostique américain *DSM-5* (publié en 2013) inclut cette caractéristique sensorielle dans le critère des intérêts restreints et répétitifs. Par ailleurs, il regroupe les troubles des interactions sociales et ceux de la communication en une seule catégorie. La triade devient alors une dyade autistique. Pour être considérée comme autiste, une personne doit obligatoirement présenter des symptômes dans les deux catégories et ces troubles doivent représenter un réel handicap dans la vie de tous les jours.

QUE RECOUVRE CETTE NOTION ?

Avec le *DSM-5*, on passe d'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle du trouble autistique. Les différentes sous-catégories utilisées jusque-là, comme le syndrome d'Asperger, sont abandonnées. Le *DSM-5* propose une approche unifiée du trouble autistique sur trois niveaux de gravité: léger, modéré ou sévère. Le niveau de sévérité est défini par la nature de l'aide dont la personne a besoin pour vivre de manière autonome (simple, importante ou très importante).

Pour une personne qui n'utilise que quelques mots et qui n'initie quasiment jamais d'interactions sociales, le besoin d'aide sera considéré comme très important dans le domaine de la communication sociale (niveau sévère). À l'inverse, une personne qui s'exprime bien mais qui ne parvient pas à engager des échanges avec ses pairs sera considérée comme ayant besoin d'une aide simple (niveau léger). Pour ce qui est des intérêts restreints, une personne qui a une intolérance totale au changement, des comportements inflexibles, qui refuse obstinément de changer d'activité sera diagnostiquée au niveau 3 (sévère).

On note une difficulté d'interaction sociale, l'absence de regard, d'expression...

CONTROVERSES AUTOUR DU SPECTRE DE L'AUTISME

La notion de spectre autistique a été critiquée par des chercheurs, à l'image de Laurent Mottron, qui le trouve trop large et trop hétérogène, car réunissant sous une même appellation des personnes avec une déficience intellectuelle profonde et sans langage, et d'autres à l'intelligence parfois supérieure à la moyenne. Les associations de parents et personnes concernées par le syndrome d'Asperger se sont mobilisées contre cette uniformisation et pour le maintien du syndrome d'Asperger dans les classifications. Elles ne

voulaient pas être assimilées à un trouble dans lequel elles ne se reconnaissent pas. En effet, les personnes Asperger ont des facultés d'adaptation sociale bien supérieures à la plupart des personnes autistes. Elles peuvent exercer une profession et mener une vie de famille de façon à rendre parfois quasiment invisible leur trouble. Si elles s'expriment en général très bien et n'ont pas de retard de langage, elles peuvent en revanche avoir du mal à saisir l'implicite et l'ironie ou à comprendre les codes sociaux.

D'autres professionnels s'inquiètent d'un possible surdiagnostic. En 1975, les statistiques indiquaient une personne autiste sur 5000. Aujourd'hui, nous en sommes à quasiment une personne sur 100. Aux États-Unis, le TSA est davantage diagnostiqué (environ 1,5%) que dans le reste du monde (0,7%). Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette augmentation: une meilleure connaissance et un meilleur repérage de l'autisme aujourd'hui (l'âge moyen du diagnostic est passé de 10 ans dans les années 1980 à 2,8 ans aujourd'hui), des changements d'usage (de nombreux enfants auparavant diagnostiqués «déficients intellectuels» rentrent aujourd'hui dans les critères du TSA), l'augmentation de l'âge des parents (considéré comme un facteur de risque), mais également une conception de plus en plus large du spectre autistique. ●

Sources

- *Enfance et psychopathologie*, Daniel Marcelli et David Cohen, 11e éd., Elsevier, 2021.
- *Mini DSM-5. Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, Elsevier, 2016.

MARC OLANO

© Johner Images / Getty

MÉTHODES
« Soigner » l'autisme ?

Concernant l'autisme, existe-t-il des thérapies «validées scientifiquement»? Il faut pour cela des résultats fournis par des essais cliniques comparatifs de grande ampleur, où les participants sont aléatoirement répartis entre différents groupes selon les approches thérapeutiques testées, et sans biais majeurs.

La Haute Autorité de santé s'était penchée sur ce paramètre en amont de ses recommandations sur les interventions éducatives et thérapeutiques chez l'enfant et l'adolescent, délivrées en 2012. Résultat: parmi les approches globales de l'autisme, aucune n'a bénéficié du grade A ou «*preuve scientifique établie*». L'approche ABA (*Applied Behavior Analysis*) a reçu un grade B, qui correspond à une «*présomption scientifique*». Il en est de même pour l'approche dite «de Denver» (ou ESDM, pour *Early Start Denver Model*), qui combine les principes comportementaux et éducatifs de la méthode ABA aux connaissances relatives au développement émotionnel et cognitif de l'enfant. La méthode TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*) qui consiste à baliser l'environnement de la personne autiste a hérité du grade C (faible niveau de preuve). Enfin les prises en charge intégratives comme l'approche TED (thérapie d'échange et de développement) ont été jugées appropriées par «accord d'expert», en l'absence d'études contrôlées.

En revanche, la HAS a désavoué, en creux, les approches psychanalytiques, les qualifiant de «non consensuelles», et notant que «*les avis exprimés ne permettent pas de conclure à la pertinence des interventions fondées (sur ces approches)*». Enfin, elle a désigné comme «*non recommandées*» une longue liste d'autres pratiques, en raison de «*l'absence de données sur leur efficacité et leur absence de fondement théorique*». ● **C.K.**

PARCOURS DE SOIN

REPÉRER, ÉVALUER, TRAITER

Diverses approches éducatives, développementales ou comportementales peuvent être mises en œuvre, aussi tôt que possible pour augmenter les chances de réussite.

«*Si vous avez vu un enfant avec autisme, vous avez vu un seul enfant avec autisme.*» Cette citation, attribuée à la psychiatre Lorna Wing, souligne l'extrême diversité du trouble du spectre de l'autisme (TSA). Un point fait consensus: la nécessité de diagnostiquer aussi tôt que possible les troubles qui en résultent, afin de définir les interventions les plus appropriées au profil de chaque enfant. Car qui dit intervention précoce dit meilleur pronostic d'évolution favorable.
Cela nécessite un repérage des signaux d'alerte, à commencer par la prise en compte systématique des inquiétudes des parents lorsqu'ils évoquent «*quelque chose qui ne va pas*». Elle-même mère d'une fille, Susie, née en 1956 à une époque où le terme «autisme» était très peu connu, Lorna Wing commença à s'inquiéter lorsque l'enfant eut 6 mois: jamais le bébé ne pointait le doigt vers un objet ou une personne. Il s'agit là d'un des signaux d'alerte qualifiés de «majeurs» en 2018 par la Haute Autorité de santé (HAS), dans ses recommandations pour le repérage et le diagnostic de ce trouble chez l'enfant.
Depuis février 2019, pour approfondir et préciser ce type de signaux, les médecins généralistes et les pédiatres peuvent réaliser une consultation longue, en s'appuyant sur des questionnaires adaptés aux différentes tranches d'âge. Selon les résultats du test, le médecin oriente la famille vers une structure de diagnostic qui agit en plusieurs étapes.

Un examen médical, qui s'appuie sur des tests et des questionnaires standardisés, permet d'évaluer les capacités de relation de l'enfant avec autrui, par exemple en examinant la façon dont il joue, s'intéresse à des objets, à un interlocuteur, demande de l'aide ou pas... Les séances, très structurées, permettent ensuite d'établir un score.

Une palette d'examens

Ce n'est pas tout: un examen neuropsychologique en fonction des compétences de l'enfant permet d'évaluer son intelligence (au sens du QI), et ses aptitudes en cognition sociale – par exemple ses capacités à identifier les émotions sur le visage de quelqu'un. À cela s'ajoutent un bilan de son développement psychomoteur et un bilan orthophonique pour évaluer son langage. En parallèle, l'enfant peut aussi être examiné par d'autres spécialistes (pédiatre, ORL, orthoptistes...) afin de vérifier s'il souffre de déficits de la vision ou de l'audition, de troubles digestifs, de troubles du sommeil ou d'épilepsie.
«*L'ensemble de ces évaluations est indispensable pour dresser le profil de l'enfant et proposer les interventions les plus appropriées à son cas*», explique Frédérique Bonnet-Brilhault. Pédopsychiatre, elle dirige l'équipe de neuropsychiatrie fonctionnelle de l'unité Inserm iBrain et coordonne une des trois structures françaises de recherche ayant reçu, en juin 2019, le label «Centre d'excellence autisme»: le centre EXAC-T, porté par le CHU de Tours, historiquement précurseur de l'approche neurodéveloppementale de l'autisme en France. Dès la fin des années 1970 y ont été développées les premières «thérapies d'échange et de développement (TED)» pour les enfants de 18 mois à 4 ans, basées sur l'échange ludique entre l'enfant et le thérapeute, et visant à développer leurs compétences de communication sociale.
À l'échelle mondiale, c'est à cette même époque qu'ont été conçues les principales approches aujourd'hui utilisées pour aider les enfants autistes. À l'université de Californie à Los Angeles a ainsi été lancée la première méthode d'intervention comportementale intensive précoce (ICIP). Parce qu'elle repose sur l'analyse appliquée du comportement (*applied behavior analysis*), elle est couramment appelée méthode ABA. Elle consiste, après avoir identifié les déclencheurs de tel ou tel comportement chez l'enfant, à développer ceux considérés comme appropriés, *via* un apprentissage intensif assorti de «récompenses» lorsque le comportement attendu est obtenu.
Aux États-Unis toujours, à l'université de Caroline du Nord, a été développé le programme TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*), qui consiste à structurer l'environnement de la personne autiste, en particulier grâce à des indices visuels et temporels, de façon à lui rendre le monde plus prévisible et compréhensible. ● **CÉCILE KLINGLER**

SCHIZOPHRÉNIE
La grande inconnue

Par **Sadeq Haouzir**

Plurielle, stigmatisante et finalement méconnue, la schizophrénie est-elle insaisissable? Que sait-on exactement sur elle? Peut-on s'en sortir ou doit-on vivre avec?

La schizophrénie est une maladie très mal connue non seulement du grand public, mais aussi de la plupart des professionnels de santé. Elle véhicule des représentations le plus souvent négatives. Dans la croyance populaire, les schizophrènes sont considérés comme des «*personnes dangereuses*» et ce lieu commun est parfois même repris dans les médias. Pourtant la littérature scientifique montre, de façon indiscutable, que cette croyance est totalement infondée, et préfère même utiliser les termes «troubles schizophréniques» ou «schizophrénies» (au pluriel) pour souligner la diversité des formes cliniques et le caractère hétérogène des symptômes rencontrés dans cette maladie. En effet, les travaux scientifiques tendent à montrer que «les troubles schizophréniques» sont constitués de maladies différentes, mais avec des points neurocognitifs communs.

TROIS SÉRIES DE SYMPTÔMES

Le terme «schizophrénie» fut proposé en 1911 par Eugen Bleuler. Ce médecin suisse regroupait déjà dans cette entité différentes maladies mentales (la catatonie, l'hébéphrénie et le délire paranoïde) ayant, selon lui, un processus pathologique commun: un dysfonctionnement ou un «*relâchement des associations*» normales du cerveau humain. Pour Eugen Bleuler, ce dysfonctionnement psychologique se traduit par une scission de la pensée des malades, d'où sa proposition du terme «schizophrénie»: «*schizo*» (qui signifie scinder ou couper en grec) et «*phrénie*» (l'esprit).

Sadeq Haouzir est psychiatre et médecin hospitalier au centre hospitalier du Rouvray (Rouen). Il est l'auteur, avec Amal Bernoussi, de *Les Schizophrénies. De la naissance du concept aux avancées neuroscientifiques actuelles*, 4e éd., Dunod, 2020.

La «schizophrénie» est donc une modélisation psychologique pathologique de maladie mentale qui s'inscrit pleinement dans le mouvement associationniste en vogue au 19e siècle.

La clinique contemporaine s'articule autour d'une approche tridimensionnelle des troubles schizophréniques:

- les symptômes positifs: il s'agit des manifestations bruyantes de la maladie: agitation, délire, hostilité, méfiance, hallucinations...;
- les symptômes négatifs: il s'agit de la perte de fonctions normales qui se traduit par l'apragmatisme, le retrait social, la pauvreté de la pensée et du discours, l'appauvrissement des émotions...;
- les symptômes de désorganisation: ils s'observent au niveau de la pensée, du discours ou du comportement.

Les troubles schizophréniques touchent approximativement 1% de la population. Certains facteurs de risque de développer un trouble schizophrénique ont été clairement identifiés – des carences et des traumatismes psychiques graves dans l'enfance, la consommation de toxiques... –, mais aucun facteur de risque ne s'est avéré indispensable au développement de la maladie. Il existe de très nombreux cas de troubles schizophréniques qui surviennent sans qu'aucun facteur de risque n'ait été retrouvé. Il existe aussi indiscutablement des facteurs génétiques mais, à ce jour, aucun modèle génétique ne rend compte du mode de transmission de la maladie et aucun gène n'a été formellement identifié comme déterminant ou indispensable au déclenchement de la maladie.

CE QUI SE PASSE DANS LE CERVEAU

Nous pourrions hâtivement conclure que la schizophrénie reste encore bien mystérieuse et être tentés de penser que nous connaissons peu ou pas ce qui se passe dans le cerveau d'un patient atteint de schizophrénie. Ce serait une

© Brooke DiDonato

L'évolution de la psychologie cognitive permet d'évaluer les dysfonctionnements engendrés par la maladie sur le cerveau.

erreur. Nous disposons de précieuses connaissances en neurosciences qui nous permettent de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre.

Les schizophrénies dans la plupart des cas débutent entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, ce qui semble être un argument fort pour rapprocher les schizophrénies des troubles du neurodéveloppement. En effet, entre 15 et 25 ans, le cerveau humain connaît un bouleversement fonctionnel majeur, et notamment, dans sa partie antérieure: le cortex préfrontal. Pendant cette période, cette zone cérébrale va connaître une maturation sans pareil qui va ensuite considérablement ralentir, sans jamais complètement s'arrêter.

L'ensemble des recherches sur les troubles schizophréniques confirme l'existence d'un dysfonctionnement de ce cortex préfrontal, lequel est le siège des fonctions exécutives dont les principales sont l'organisation – planification, mémoire de travail, attention partagée, inhibition. Ces fonctions, indispensables à la vie en société, vont connaître une très importante augmentation des compétences entre 15 et 25 ans, et c'est à cette période que débutent les schizophrénies et les perturbations cognitives qui en découlent.

Les patients atteints de troubles schizophréniques, au fur et à mesure du développement de la maladie, vont avoir de plus en plus de difficultés à s'organiser, à retenir des informations, à respecter les codes sociaux...

Les personnes atteintes de schizophrénie voient ainsi s'amoindrir des fonctions intellectuelles qui fonctionnaient correctement jusque-là. La résultante des dysfonctionnements cérébraux chez les patients atteints de troubles schizophréniques aboutit à un handicap: il est appelé «handicap psychique». Ce handicap psychique est parfaitement mesurable. En effet, l'évolution de la psychologie cognitive

des trente dernières années permet aujourd'hui l'évaluation très précise des dysfonctionnements engendrés par la maladie sur le cerveau de chaque personne atteinte.

QUELS TRAITEMENTS?

Les traitements des schizophrénies sont axés sur les traitements médicamenteux et les prises en charge non médicamenteuses.

Les traitements médicamenteux sont connus depuis les années 1950. Ils vont avoir une efficacité sur les symptômes positifs cités plus haut (hallucinations, délire, agitation), mais ils seront de faible impact, voire inefficaces, sur les deux autres dimensions (les symptômes négatifs et les symptômes de désorganisation).

De découverte empirique en 1951, les «neuroleptiques» vont mobiliser la recherche pharmaceutique de toute la deuxième moitié du 20e siècle, avec des découvertes majeures. Désormais appelées «antipsychotiques», de nombreuses molécules sont aujourd'hui classées dans différentes familles pharmacologiques.

Le point commun de tous les médicaments antipsychotiques est la capacité de bloquer les récepteurs de la dopamine dans le cerveau. Ce blocage doit être savamment maîtrisé, car ces molécules utilisées à des posologies mal dosées vont être responsables d'effets indésirables, touchant notamment la motricité. Ces signes moteurs sont proches de ceux rencontrés dans la maladie de Parkinson (rigidité, akinésie, hypertonie...). Les antipsychotiques ne sont pas des molécules anodines, mais ils sont incontournables dans le traitement de la maladie et leur intérêt n'est plus à prouver: l'évaluation de la balance bénéfice/risque des antipsychotiques dans le traitement des troubles schizophréniques est résolument et absolument en faveur de leur utilisation.

De très nombreux cas de schizophrénie surviennent sans aucun facteur de risque identifié.

Grâce à eux, les patients se voient débarrassés de leurs hallucinations, de leurs pensées parasites, de leur agitation psychique et/ou motrice... Leurs souffrances sont aussi apaisées. Néanmoins, il faut toujours rester vigilant quant aux éventuels effets indésirables mais aussi quant à l'observance thérapeutique. En effet, des patients, après plusieurs mois ou années de stabilité clinique, peuvent avoir tendance à diminuer ou arrêter le(s) traitement(s) en dehors de tout suivi ou avis médical avec un risque majeur de rechute, souvent inéluctable, dans les mois suivant l'arrêt.

RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Les prises en charge non médicamenteuses vont avoir comme cibles les deux autres dimensions: les symptômes négatifs et surtout les symptômes de désorganisation. Elles seront d'un impact très limité sur les symptômes positifs, mais en complémentarité des traitements médicamenteux, elles constituent un atout supplémentaire évident pour les patients qui gagnent ainsi des capacités d'autonomie et d'autodétermination.

Actuellement, la plupart des stratégies non médicamenteuses qui ont prouvé leur efficacité sont regroupées sous la dénomination «réhabilitation psychosociale» (RPS). Toutes les fonctions cognitives sont évaluables et les compétences mesurables. C'est un travail qui est du ressort de la neuropsychologie et qui permet de réaliser une cartographie détaillée du fonctionnement cérébral. À partir de celle-ci, des programmes de renforcement des fonctions affaiblies sont mis en place, incluant divers types de professionnels (neuropsychologues, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, infirmiers, travailleurs sociaux...) afin d'accompagner le patient dans son rétablissement et sa réintégration dans la cité. Ces prises en charge permettent aussi aux patients de mieux comprendre leurs maladies, leurs symptômes, de mieux les contrôler, de mieux gérer leurs traitements médicamenteux. Elles aboutissent à une autonomisation et une réinsertion des personnes atteintes de schizophrénie.

Nous pouvons donc considérer que les troubles schizophréniques s'accompagnent de dysfonctionnements de processus cérébraux, que ces dysfonctionnements sont connus et mesurables et qu'il existe des stratégies de prise en charge pour les freiner et y remédier. Il n'en reste pas moins que les causes profondes qui aboutissent à ces dysfonctionnements restent encore aujourd'hui inconnues et mobilisent de nombreuses équipes de recherche dans le monde entier.

Les avancées scientifiques, médicales, paramédicales ont toutefois été considérables au cours de ces trente dernières années. À tel point que, si on ne peut certes pas encore guérir de sa schizophrénie, on peut tout à fait «vivre avec» en étant autonome.

Mais il ne faut pas oublier que même si d'énormes progrès ont effectivement été réalisés dans la compréhension des troubles schizophréniques et dans la prise en charge et l'accompagnement des patients, le plus important reste à faire. Un des grands défis de la médecine du 21e siècle sera celui de «guérir la schizophrénie». ●

© David Matos/ Unsplash

Les souvenirs s'en vont, je demeure...

Par **Hervé Platel**

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer savent toujours qui ils sont, même à un stade sévère. Cette pathologie de la mémoire, si redoutée, emporte les souvenirs, pas le sentiment d'identité.

Quand on parle de «maladie de la mémoire», la première pathologie qui vient aujourd'hui à l'esprit est bien sûr la maladie d'Alzheimer. Outre les représentations très négatives attachées à cette maladie, un stéréotype durable associe à la perte de la mémoire la perte de l'identité, comme si ces personnes finissaient par oublier qui elles sont. Cette idée est largement fausse; ces patients conservent un sentiment d'identité, une sorte de noyau dur de leur «*self*». Demandez à des patients à un stade modéré à sévère de la maladie de décliner leur identité: «*Comment vous appelez-vous?*», «*Où êtes-vous né ou née?*», «*Quelle était votre profession?*» Vous aurez des réponses claires et justes. Ces patients (incapables de faire référence à une activité quinze minutes après l'avoir effectuée) savent qui ils sont. Alors, d'où vient cette idée persistante que perte de la mémoire vaut perte de l'identité?

Tout d'abord, il existe bien en neuropsychologie des amnésies d'identité, syndrome rare qui marque nos imaginaires: la littérature et le cinéma se sont nourris de ces cas spectaculaires de perte totale des souvenirs et connaissances personnelles, à la suite, par exemple, d'un choc à la tête, où le héros ne sait plus comment il s'appelle et ce qu'il a vécu. Bien évidemment, dans les fictions, toute la mémoire

Hervé Platel est professeur de neuropsychologie, Inserm U1077, université de Caen-Normandie.

revient au héros grâce à un indice sensoriel (comme une odeur) ou un autre trauma. Dans la réalité, souvent de manière bien moins spectaculaire, la plupart des patients récupèrent leurs souvenirs et connaissances sur eux-mêmes. Alors comment expliquer que la maladie d'Alzheimer soit autant associée à l'idée de perte d'identité?

C'est à partir des buts stockés et des souvenirs antérieurs que se constitue notre identité.

C'est une pathologie neurodégénérative, qui se caractérise par une atteinte massive de la mémoire épisodique (souvenirs des évènements vécus dans leur contexte temporel et spatial), et parfois d'autres fonctions cognitives (attention, concentration, langage, motricité, perception). Certes, les patients perdent de la mémoire autobiographique épisodique, et ceci de façon précoce, mais les souvenirs d'évènements importants, comme un changement de vie, sont mieux rappelés. Comme ils ont des difficultés pour récupérer des détails, quelle que soit la période de vie, il y a une désintégration dans le temps de leurs souvenirs épisodiques autobiographiques. Concernant les connaissances personnelles sur soi, le déclin constaté est plus discret et moins précoce. Autrement dit, il y a une plus grande résistance des connaissances sur «soi», donc ils peuvent rendre compte de certaines caractéristiques de leur *self* (le lieu de naissance, le premier métier exercé, les plats préférés...).

Le *self* se définit comme un ensemble de processus cognitifs en référence à soi comprenant la mémoire autobiographique, la conscience, la perception et les émotions. Notre *self* est avant tout constitué de représentations mnésiques, qui nous permettent d'avoir une représentation de nous-mêmes et par conséquent de savoir qui nous sommes.

Dans *Principles of Psychology* (1890), le philosophe et psychologue américain William James élabore les liens entre mémoire et sentiment de soi: «*Un vrai souvenir fait partie intégrante du je, il est daté dans mon passé et enveloppé dans cette chaleur... en tant qu'expérience de soi, bastion de l'identité.*» William James va par ailleurs distinguer le soi social, qui désigne la capacité de reconnaître autrui, le soi matériel, qui correspond à la représentation du corps, et le soi spirituel, qui détermine les opinions, les valeurs et les croyances.

Dans le modèle «*Self-Memory System*» (SMS), Martin Conway soutient que le *self* se réfère à une «*sémantique de nous-même*»; il se compose entre autres du «*self* de travail», impliqué dans les buts actuels et favorisant la création de souvenirs (s'ils respectent les deux principes de correspondance et de cohérence), mais aussi du «*self* à long terme» qui représente les informations générant les attitudes, les valeurs, les croyances. Ainsi, le modèle de Martin Conway intègre l'identité dans le fonctionnement mnésique: c'est à partir des buts stockés en mémoire et des souvenirs antérieurs que se constitue notre identité. L'identité peut donc être considérée comme une entité fondamentalement modulable, à la fois par le *self* qui oriente la mémorisation de ses vécus et le choix de ses sensations, et par le travail de la mémoire qui relie ce qui fut à ce qui est, veillant au respect des projets les plus intimes du sujet.

Dans le cours de nos expériences, les souvenirs, qu'ils soient lointains ou récents, activent en nous des informations utiles pour nos comportements présents. La mise à jour continuelle des souvenirs vécus permet une actualisation de l'identité, sous l'influence des croyances, valeurs, buts et objectifs des individus. Le *self* est donc inséparable de la mémoire grâce à laquelle se construit le sentiment d'identité et de continuité de chaque individu. Inspirée par les théories philosophiques de Paul Ricœur, la neuropsychologie contemporaine distingue deux concepts déterminant l'identité: la «mêmeté» qui désigne un *self* permanent et indépendant dans le temps (de l'enfance au vieillissement, les individus sont capables de se définir comme le même «je»), tandis que «l'ipséité» correspond à un *self* changeant en fonction des expériences vécues (les individus sont capables d'illustrer ce qu'ils sont par des exemples vécus et ainsi de se définir en tant que personne généreuse, gourmande ou jalouse...).

SENTIMENT D'IDENTITÉ DANS L'ALZHEIMER

L'altération précoce de la mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer va rompre la continuité et la connexion entre les expériences vécues, provoquant un retentissement sur le maintien du sentiment identitaire. Les patients présentent ainsi des troubles de la conscience de soi caractérisés notamment par une anosognosie (absence de conscience) de leurs troubles qui augmente avec l'avancée de la maladie.

Deux études de cas ont été menées auprès de patientes à des stades sévères de la pathologie. Stan Klein en 2003 rapporte le cas d'une dame âgée de 76 ans, la patiente K.R. Il lui propose une évaluation de ses traits de personnalité et compare ses réponses à celles de sa fille – pour mesurer l'atteinte identitaire par rapport à avant la maladie – et à celles d'un soignant – pour faire de même depuis le début de la maladie. Les résultats montrent que la patiente conserve une image réelle de ses traits de personnalité, mais que ceux-ci ne sont pas mis à jour. En effet, la description faite par K.R. reste stable au fur et à mesure des évaluations, et

est cohérente avec l'image que ses proches avaient d'elle avant la maladie. Mais les changements de personnalités consécutifs à la maladie, et rapportés par les proches, n'apparaissent pas dans les réponses de K.R. qui reflètent en réalité sa personnalité antérieure. L'observation de la patiente P.H., âgée de 83 ans, également à un stade sévère de la maladie d'Alzheimer corrobore les résultats de Stan Klein. Dans une tâche de reconnaissance d'elle-même sur des photographies, P.H. conserve la capacité de s'identifier mais pas sur les clichés les plus récents. Il semble donc que la cohérence de l'identité en référence aux connaissances sémantiques personnelles reste relativement préservée au stade sévère de la maladie d'Alzheimer alors que la mise à jour de l'identité est altérée.

Des études de notre laboratoire montrent que les réponses fournies à deux tests d'identité (faire dix phrases commençant par «*Je suis*», et répondre à une trentaine d'affirmations telle que «*Je suis une personne plutôt jalouse*» sur une échelle de «pas du tout d'accord» à «tout à fait d'accord») sont identiques après un intervalle de quinze jours, et ce aussi bien pour un groupe de patients à stade sévère de la maladie d'Alzheimer que pour les sujets sains appariés. Autrement dit, malgré l'oubli des patients d'avoir déjà répondu à ces questions, leurs réponses sont très cohérentes et stables.

Ces résultats confortent l'idée d'une relative préservation du sentiment d'identité, qui reste donc stable dans le temps, malgré le fait que ces patients à la question «*Quel âge avez-vous?*» rapportent une valeur en moyenne quatorze ans plus jeune que la réalité. Ainsi, les patients, même à un stade sévère, conservent leur capacité à rendre compte de manière cohérente de leurs grands traits de personnalité, bien qu'ils ne puissent plus nourrir cette identité avec des anecdotes et détails vécus. Par exemple, un patient pourra se définir comme plutôt gourmand (ce qui est attesté par son entourage), mais n'aura pas la capacité d'illustrer par une anecdote comment s'est manifestée dans sa vie cette gourmandise; il pourra en revanche dire «*le flan est mon gâteau préféré*».

UN GOÛT ARTISTIQUE PRÉSERVÉ

Il y a donc deux grandes manières possibles de se définir, soit de manière générale ou sémantique (ce que peuvent encore faire ces patients) soit en faisant appel aux détails précis de notre vécu (mémoire épisodique), ce qui est impossible pour eux. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, le *self* pourra dire «*Je suis...*», grâce à un sentiment d'identité constant et général à travers le temps (mêmeté), conservé en mémoire sémantique. C'est pourquoi il apparaît primordial d'accompagner le maintien de cette identité résiduelle des résidents en ehpad. Dans la majorité des études relatives aux méthodes d'accompagnement de l'identité dans la maladie d'Alzheimer, les auteurs proposent une stimulation de la mémoire autobiographique, notamment par des séances de réminiscences.

Ce maintien d'un noyau dur de l'identité se remarque particulièrement dans des ateliers artistiques comme la peinture et la musique, car on peut s'apercevoir que le jugement esthétique des patients reste stable et cohérent. Nous avons observé que le jugement esthétique pour des musiques ou des tableaux de peinture inconnus, et déclarés comme tels par les patients, restait stable suite à la répétition de l'exposition (huit fois sur deux semaines) de ces informations. Une peinture considérée comme laide et inconnue lors de la première séance sera considérée comme connue au bout des huit sessions d'expositions, mais toujours jugée laide, alors même que les patients n'ont aucun souvenir des séances précédentes. Ainsi, de manière naturelle, l'expérience esthétique répétée stimule la capacité des patients à faire référence à ce qu'ils sont, ce qu'ils ressentent en fonction de leur personnalité, et ceci même à un stade sévère où les mots s'enfuient.

En peinture et en musique, le jugement esthétique des patients reste stable et cohérent.

En l'absence du langage verbal et articulé, la musique constitue un support permettant la stimulation et le maintien de l'identité: elle peut produire des sensations physiques et des émotions, stimuler le partage émotionnel, raviver des souvenirs, influencer la représentation du corps et les sensations corporelles, etc. Les activités musicales peuvent également changer la représentation que les aidants se font des patients, et modifier la relation. Ainsi, Madame T., à la suite des séances d'écoute musicale, ne voit plus exclusivement son conjoint comme un malade: sa représentation de lui est améliorée, elle parle d'«*un moment de plaisir*». Au fil de neuf séances d'écoute, en présence du thérapeute, la relation de couple s'est renforcée: le patient essaie de plus en plus de communiquer par des gestes, après avoir chanté par exemple. Par ailleurs, Madame T. semble avoir amélioré son estime d'elle-même. Les auteurs concluent que la présence de musique aurait permis au patient de «*sentir son self*», au moins pendant le temps de l'écoute et que pourrait «*permettre au fil des séances que chacun puisse se retrouver avec soi, afin de mieux se trouver avec l'autre*».

© Westend61 / Getty

TROUBLES DU SOMMEIL
La grande plainte

© Collection personnelle

Entretien avec **Jean-Baptiste Maranci**

Qui dort dîne? En tout cas, qui ne dort pas s'expose à une multitude de troubles mentaux. Pourquoi le sommeil est-il aussi important pour notre santé physique aussi bien que mentale, à tout âge?

Quels sont les principaux différents troubles du sommeil identifiés et étudiés?

Il y en a beaucoup, et qui reposent sur des mécanismes complètement différents. Nous avons d'abord l'insomnie qui est la difficulté subjective à initier le sommeil, ou à le maintenir, avec des conséquences dans la journée: fatigue, troubles de l'humeur, etc. Elle concerne environ 15% de la population. L'apnée, elle, consiste en des interruptions intermittentes de la respiration entraînant des réveils du patient. Le sommeil s'en trouve donc fragmenté. 10% y sont sujets.

Dans le registre des hypersomnies, la plus connue de ces maladies rares est la narcolepsie, qui se caractérise par des endormissements irrépressibles en pleine journée, et qui atteint une personne sur 5000. Citons également les parasomnies, qu'elles soient relatives au sommeil lent ou au sommeil paradoxal. Celles du sommeil lent, chez 2 à 4% des

Jean-Baptiste Maranci est praticien hospitalier dans le service des pathologies du sommeil de la Pitié-Salpêtrière, chercheur à l'ICM (Institut du cerveau et de la moelle épinière).

adultes, recouvrent des éveils incomplets où se manifestent des comportements comme des cris, des terreurs nocturnes, du somnambulisme. Chez 1 à 2% des personnes âgées de plus de 50 ans, les troubles comportementaux du sommeil paradoxal, qualifiées aussi de parasomnies du sommeil profond, sont des maladies prédégénératives, provoquées par la destruction au moins partielle des structures du tronc cérébral qui assurent ordinairement notre paralysie pendant le sommeil paradoxal. Les rêveurs se mettent alors à vivre leurs propres rêves. Ce n'est pas à proprement parler du somnambulisme. Mais on connaît d'autres troubles encore!

Les troubles du sommeil sont-ils fréquemment associés à des troubles mentaux?

Oui, l'insomnie fait même partie des critères permettant de poser le diagnostic de dépression. Se pose alors le problème de l'œuf ou la poule: si l'insomnie constitue un facteur de risque pour une dépression ultérieure, la dépression, elle, entraîne l'insomnie. Le phénomène est donc bidirectionnel et peut persister même après la prise en charge du trouble mental. L'insomnie est alors un trouble comorbide, c'est-à-dire qu'il apparaît en lien avec le trouble mental tout en constituant ensuite une entité pathologique à part. Quand on commence à mal dormir, on éprouve l'appréhension de ce mauvais sommeil et le cercle vicieux de l'insomnie est lancé: voilà pourquoi elle revêt un caractère subjectif. Pour les gens qui dorment bien, le sommeil est un non-sujet. Mais dès qu'on commence à se focaliser sur l'envie de bien dormir, d'une certaine façon, c'est déjà mal parti… Ce qui fait qu'on dort bien, c'est qu'on n'y pense pas!

Y a-t'il un trouble mental qui ne perturbe pas le sommeil?

Dans les troubles mentaux, il y a presque toujours une plainte associée qui concerne le sommeil, souvent l'insomnie. Parfois aussi l'hypersomnie: certains patients expliquent qu'ils luttent contre la somnolence pendant la journée, puis qu'ils cèdent au sommeil pendant des heures et des heures… et qu'après 14 heures, ils ne sont toujours pas reposés. Cela peut constituer un signe avant-coureur de la dépression.

Cela veut-il dire que pour tout trouble mental, il faudrait travailler le sommeil?

Les psychiatres le font déjà puisque, de toute façon, la plainte des patients est très forte à ce sujet. Souvent, la première chose que dit une personne dépressive en consultation, c'est: «*Je ne dors pas, je n'en peux plus.*» La mauvaise qualité du sommeil ne passe pas du tout inaperçue, ni chez les patients ni chez les thérapeutes!

Et en dehors de la dépression?

Il faut toujours prendre en charge les troubles du sommeil, mais ce n'est pas forcément évident. Par exemple, la schizophrénie est une maladie extraordinairement grave qui fait sortir des rythmes sociaux et empêche d'avoir des repères fixes. Le sommeil devient un peu n'importe quoi, mais ne constitue alors qu'un des rythmes à rétablir.

Les rêves sont-ils particulièrement perturbés dans les troubles mentaux?

Le sommeil se divise en deux grands stades: le sommeil lent et le sommeil paradoxal. On rêve pendant les deux, mais surtout durant le sommeil paradoxal, quand notre corps est paralysé mais que notre cerveau est aussi actif que durant l'éveil. Globalement, les rêves du sommeil paradoxal sont davantage émotionnels: il semble qu'ils nous aident à digérer les émotions de l'éveil. Quand on a traversé une situation négative, on la rejoue en rêve en la modifiant, en la mélangeant à d'autres souvenirs, pour nous aider à y faire face le lendemain. Par exemple, vous êtes témoin d'un accident de voiture. Vous êtes choqué. Les mécanismes du rêve vont vous permettre d'intégrer cet événement en évitant une attaque de panique à chaque fois que vous verrez une voiture. Or, un dérèglement du sommeil, comme c'est le cas dans la dépression et pratiquement tous les troubles mentaux, fait que nous éprouvons davantage de difficultés à digérer les émotions négatives.

C'est un cercle vicieux, si on commence à mal dormir, on appréhende de mal dormir.

Et que se passe-t-il dans le cadre d'une dépression?

Avec la dépression, l'examen de sommeil fait apparaître davantage de sommeil paradoxal, qui arrive plus tôt au cours de la nuit. Ce n'est pas suffisant pour poser un diagnostic de dépression, tant la variabilité entre individus est importante,

MOT-CLÉ

▶ **Rêve lucide**

Rêve durant lequel on prend conscience qu'on est en train de rêver, et qui permet, dans une certaine mesure, d'agir sur son scénario. Le phénomène fait l'objet de recherches en laboratoire depuis les travaux de Stephen LaBerge initiés à Stanford dans les années 1980.

Souvent, la première chose que dit un dépressif qui consulte, c'est : « *Je ne dors pas, je n'en peux plus.* »

mais tout de même, ces altérations se mettent en place. D'autre part, une des caractéristiques du sommeil paradoxal est qu'on bouge les yeux pendant que le reste du corps est paralysé. Et quand on présente une vulnérabilité à la dépression, nos yeux bougent alors davantage. Ce qui est par ailleurs étonnant, c'est que les personnes dépressives connaissent certes davantage de sommeil paradoxal, mais rapportent moins de rêves. Et ces rêves sont plus négatifs. Comme s'il était impossible d'intégrer, de digérer la souffrance. C'est une piste de recherche pour mieux comprendre pourquoi on fait une dépression.

Vous évoquiez une paralysie normale pendant le sommeil paradoxal. Peut-on aussi être paralysé dans les premières secondes du réveil, quand on ne rêve plus?

On a alors l'impression de se réveiller, et on se sent paralysé, mais en réalité, on se trouve toujours en sommeil paradoxal, et on rêve qu'on s'est réveillé. S'ensuivent parfois des hallucinations: on peut alors avoir l'impression que des gens sont présents à notre chevet, qu'un démon nous étouffe, ou qu'on sort de son corps. Tous ces phénomènes ne constituent pas des troubles mentaux, même s'ils y sont tout de même souvent associés, notamment à la suite d'un trauma. Enfin, il ne faut pas confondre ce ressenti de paralysie avec le phénomène de faux réveil, dans lequel on a l'impression d'avoir déjà commencé sa journée et de vaquer à ses occupations quotidiennes, alors qu'on ne fait que rêver.

Et peut-on vivre en rêve, notamment dans des rêves lucides*, des expériences qui peuvent améliorer spontanément les troubles mentaux?

Ce n'est pas prouvé pour les troubles mentaux en général, mais c'est efficace pour les cauchemars. Si on prend conscience qu'on fait un cauchemar mais qu'on a la capacité de le changer, on peut rendre le scénario positif à l'intérieur du rêve. Je pense que cela pourrait être intéressant pour soigner des troubles mentaux, mais ce n'est qu'une hypothèse qui n'a pas encore été démontrée. ●

PROPOS RECUEILLIS PAR JEAN-FRANÇOIS MARMION

COMMENT ON S'EN SORT

«Les troubles du sommeil sont tellement variés que leurs traitements respectifs sont totalement différents. Pour l'insomnie, on peut voir un spécialiste des thérapies cognitives et comportementales qui travaille sur les comportements en donnant une hygiène de vie et des conseils, mais aussi sur les pensées. Les insomniaques versent en effet dans le catastrophisme. En allant au lit, ils pensent déjà: "*Mon Dieu, je ne vais pas dormir! Demain, ma journée va être horrible!*" Il est possible de travailler à couper ces ruminations. Pour l'apnée du sommeil, on peut utiliser une machine qui souffle de l'air pour aider les voies aériennes supérieures. Dans le cadre de la narcolepsie, des dérivés amphétaminiques empêchent de s'endormir pendant la journée. D'autres médicaments sont tout indiqués pour ralentir l'activité cérébrale nocturne et éviter ainsi le somnambulisme.

Quant à la paralysie éprouvée pendant une fausse sortie du sommeil paradoxal, il faut d'abord expliquer aux personnes concernées qu'elles ne peuvent pas en mourir, et qu'elles ne sont pas victimes d'une force paranormale. Pour vaincre la paralysie, paradoxalement, il ne faut pas chercher à bouger mais se répéter: "*C'est un rêve, c'est un rêve, c'est un rêve…*" Si vous voulez absolument vous débloquer, il faut bouger tout doucement le bout des doigts et des orteils, éviter de dormir sur le dos. Au pire, une petite dose d'antidépresseurs au coucher est très efficace.

Les troubles comportementaux en sommeil paradoxal, quand les gens vivent leur rêve, ne se guérissent pas puisqu'ils relèvent d'une synucléinopathie, une famille de troubles dégénératifs en tête desquels on trouve la maladie de Parkinson. Se mettre à vivre ses rêves, c'est une mauvaise nouvelle puisqu'on peut par exemple ressentir des symptômes parkinsoniens dans les dix ans. Des traitements symptomatiques peuvent tout de même réduire l'agitation. La mélatonine à haute dose, par exemple, fonctionne assez bien.»

● **PROPOS RECUEILLIS PAR J.-F.M.**

TRAUMATISME
Du choc à la cicatrice

Par **François Louboff**

Nous pouvons tous être traumatisés. Mais pas forcément par les mêmes événements ni avec les mêmes conséquences. Quels sont les mécanismes du traumatisme, et pourquoi certains d'entre nous y échappent-ils ?

© Mads Perch / Getty

Venant du grec «*trauma*» qui signifie blessure physique, le mot «traumatisme» a désigné ensuite la blessure psychologique et, dans un troisième temps, la cause de la blessure. Les médecins militaires ont de tout temps décrit les troubles mentaux touchant les soldats, sous la forme d'une apparente pathologie cardiaque («cœur du soldat») associée à une peur intense, des tremblements, des paralysies… La clinique des états post-traumatiques s'affine pour aboutir en 1980, dans les suites de la guerre du Vietnam et sous la pression des mouvements féministes, à l'adoption, dans la troisième version du *DSM*, d'une entité diagnostique appelée «syndrome de stress post-traumatique».

François Louboff est psychiatre. Formé aux thérapies cognitivo-comportementales, à l'hypnose et à la thérapie EMDR, il a publié *Dire adieu. Petit guide psychologique du deuil* (Payot, 2013) et *Guérir d'un abus sexuel* (Les Arènes, 2018).

RÉPERCUSSIONS AU QUOTIDIEN

Les réactions de stress sont des manifestations normales, physiologiques, d'adaptation à l'événement qui surgit. Lorsque ces réactions sont inadaptées, on parle de stress dépassé : sidération, automatisme, fuite, agitation. De nombreux symptômes peuvent persister durant le premier

mois suivant l'événement traumatisant: souvenirs envahissants, rêves ou cauchemars répétitifs, flash-back, détresse psychique si quelque chose évoque un aspect de l'événement; il peut y avoir aussi l'incapacité persistante à éprouver des émotions positives, une perception altérée de la réalité ou de soi-même, l'amnésie d'un aspect important de l'événement, mais aussi l'évitement des souvenirs qui y sont associés, l'insomnie, l'irritabilité, des difficultés de concentration, des réactions de sursaut exagérées. Lorsqu'un certain nombre d'entre eux sont présents, on parle de «trouble de stress aigu». La persistance ou l'apparition de plusieurs de ces symptômes au-delà d'un mois permet de porter le diagnostic de trouble de stress posttraumatique (ou TSPT). Il est à noter que les symptômes requis sont nettement plus restreints dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (*CIM-11*) que dans celles de l'Association psychiatrique américaine (*DSM-5*). Les victimes peuvent être incapables de travailler, de s'occuper de leur famille, de se distraire, de lire... Elles restent bloquées dans un état d'hypervigilance, et sont passées d'un cerveau d'apprentissage (capacité à se concentrer, à explorer, à apprendre, à se développer) à un cerveau de survie qui ne laisse plus aucune ressource à la croissance personnelle. La honte, la colère, la culpabilité et le dégoût sont très fréquents. Certaines victimes peuvent avoir des souvenirs fragmentaires ou ne pas se rappeler certains aspects de leur traumatisme (amnésie dissociative).

20 % des victimes de viol développent un trouble de stress post-traumatique, contre 2 % seulement des victimes d'accident.

Ce mode de fonctionnement involontaire est guidé par des processus de survie hérités de l'évolution. Il peut se compliquer de nombreux autres troubles: dépression, attaques de panique, phobies, troubles obsessionnels compulsifs... La personne peut avoir des comportements à risques, avec une consommation excessive d'alcool, de drogues ou de médicaments, se montrer violente, faire des tentatives de suicide, éviter les contacts sociaux. Plus de la moitié des personnes souffrant d'un TSPT présentent ainsi ce qu'on appelle une «comorbidité».

Dans de rares cas, environ 7%, une forme tardive de TSPT peut survenir après des mois, des années ou des décennies. Des symptômes peuvent peut survenir après d'autres événements critiques de la vie, des pertes (comme la mort d'un animal de compagnie) ou des changements de rôle liés aux transitions normales (la retraite par exemple).

Le *DSM-5* décrit un sous-type «dissociatif» du TSPT, caractérisé par des symptômes de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Le trouble de stress post-traumatique complexe, qui ne figure que dans la *CIM-11*, est lié à des événements traumatiques répétés et/ou prolongés (guerre, maltraitance durant l'enfance en particulier). Aux symptômes du TSPT «classique» précédemment cités s'ajoutent une image de soi dégradée, une mauvaise régulation émotionnelle et des difficultés relationnelles.

COMMENT ON S'EN SORT

Être soutenu par un environnement amical, familial et social est fondamental, car parler de ce qu'on a vécu est une première étape indispensable. La psychothérapie est le traitement de première intention. Les deux psychothérapies recommandées par l'OMS sont les thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui passent par un travail sur les croyances dysfonctionnelles, les thérapies d'exposition pour lutter contre les tendances à l'évitement, et la thérapie EMDR, développée depuis la fin des années 1980 (le sigle signifie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, qu'on peut traduire par «désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires»). Un travail de renforcement des ressources est indispensable, et des approches thérapeutiques complémentaires peuvent être utiles (yoga, thérapies créatives...).

Les médicaments peuvent être associés, mais prudemment, en raison des effets secondaires comme le risque de dépendance, ou de sédation. Ils peuvent être nécessaires pour traiter des troubles comorbides au TSPT, très fréquents, tels que la dépression ou la dépendance à des drogues ou à l'alcool. ● F.L.

POUVONS-NOUS TOUS RESTER TRAUMATISÉS?

Chacun de nous a plus de 50% de risque de vivre un événement potentiellement traumatisant (menace pour la vie, blessure grave...). Et pourtant, 10 à 20% seulement des personnes exposées à une catastrophe naturelle, à la guerre ou à des persécutions politiques développeront un TSPT. Les chiffres sont très variables selon les études et les pays: 2% de prévalence en Europe, 7% aux États-Unis par exemple. Il semble que les pays de moindre niveau socioéconomique soient moins touchés que les pays riches!

© Nathan Dumlao / Unsplash

TRAUMA
Halte aux idées reçues

Certaines croyances sur les événements potentiellement traumatiques et leurs conséquences risquent d'entraîner des malentendus, une stigmatisation et un manque de soutien pour les personnes atteintes.

• L'événement initial est la cause du trouble du stress post-traumatique (TSPT).

FAUX! L'événement en lui-même est nécessaire mais pas suffisant. Seuls 10 à 20% des personnes confrontées au même événement souffriront d'un TSPT. En réalité, les facteurs qui ont le plus d'influence sont les facteurs de stress présents après l'événement, en particulier chez les femmes: problèmes familiaux et professionnels, conséquences médicales et financières. La qualité du soutien social après l'événement traumatique reste le facteur le plus important pour prédire la gravité d'un TSPT.

Tous les traumatismes graves ont la même force traumatique.

FAUX! Les traumatismes provoqués par l'homme, intentionnels, provoquent plus de TSPT que les autres types de traumatismes (accident, catastrophe naturelle).

• Seules les expériences extrêmes causent le TSPT.

FAUX! De nombreuses expériences dénuées de terreur ou d'horreur peuvent être à l'origine d'un TSPT: harcèlement, maladies graves chroniques, interventions ou complications médicales, deuils inattendus, situations de trahison (agressions sexuelles dans l'enfance commises sans violence physique ni douleur par un proche), etc. Les témoins d'événements traumatiques ou des personnes proches des victimes peuvent également en souffrir. ● **F.L.**

Les femmes ont deux fois plus de risques de développer un TSPT que les hommes. Elles réagissent plus fortement aux événements stressants et sont souvent victimes de violences sexuelles, le viol se compliquant d'un TSPT dans 20% des cas – ce qui en fait le traumatisme le plus prégnant. Les hommes sont plus souvent impliqués dans des accidents ou de la violence physique, mais les accidents ne se compliquent d'un TSPT que dans 2% des cas. Les enfants et les adolescents sont les plus à risque de développer un TSPT. Il y aurait une relation en U entre l'âge du traumatisme et le risque de TSPT: les enfants et les adolescents ont le risque le plus élevé, les adultes jeunes et d'âge moyen un risque plus faible et les adultes plus âgés un risque élevé. Les personnes qui ont déjà été exposées à des situations particulièrement stressantes, comme la maltraitance dans l'enfance, ou qui souffrent d'une pathologie psychiatrique sont plus susceptibles de développer un TSPT lors d'un événement traumatique. La prévalence du TSPT est également plus importante dans certaines professions: pompiers, militaires, policiers. Si toutes les personnes exposées à un événement potentiellement traumatisant ne développent pas de stress post-traumatique, c'est aussi parce que certaines présentent des facteurs de vulnérabilité (faible tolérance à la détresse, attachement insécure, soutien social inexistant, faible niveau éducatif) et d'autres, au contraire, des facteurs de protection (attachement sécure, soutien social important, bonne capacité de régulation émotionnelle).

Les maladies somatiques sont les mêmes dans toutes les cultures, et leurs symptômes sont reliés à des causes sous-jacentes: infection bactérienne, infarctus, tumeur... On ne peut pas en dire autant des pathologies mentales, à la seule exception du TSPT, qui est lié à un événement précis, externe (accident, agression sexuelle, catastrophe naturelle) ou interne (maladie grave, complication chirurgicale...). Mais cette exception n'est que partielle puisque d'autres facteurs interviennent pour conduire un individu en particulier à développer un TSPT (facteurs prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques).

UNE CONSTRUCTION OCCIDENTALE RÉCENTE?

La question se pose de savoir si ce trouble existe depuis toujours, comme pourraient le démontrer les textes littéraires anciens ou les comptes-rendus médicaux des médecins militaires, ou s'il est une «invention» occidentale surgissant dans un contexte politique et culturel particulier (la guerre du Vietnam, le mouvement féministe américain...). Certains chercheurs soulignent que le terme «post-traumatique» n'est pas applicable dans de nombreuses régions du monde et ne vaut que dans des sociétés pacifiques, avec une fin claire de la situation traumatique. Là où la menace est permanente, de même que le risque d'être exposé à des actes violents, le terme «stress continu» serait plus approprié. Au fond, nous n'avons toujours pas de définition claire de ce que serait un «traumatisme»! ●

TROUBLES MENTAUX ET SOCIÉTÉ

Il existe une expression que chacun a utilisée : « *Ça me rend dingue !* » Que signifie-t-elle ? Que la réalité nous atteint, qu'elle nous porte littéralement sur les nerfs. Le terme savant est « pathomorphose » : il désigne la mutation des maladies psychiques en fonction des époques. Les troubles se modifient donc au fur et à mesure que la société change : addiction aux jeux vidéo, déficit d'attention, hyperactivité, troubles du comportement alimentaire, burn-out, ou le dernier arrivé, l'écoanxiété. La société crée-t-elle ces nouvelles pathologies, ou modifie-t-elle simplement l'expression de fragilités de tout temps existantes ? Le débat n'est pas tranché ; l'important, c'est la réactivité de tous ceux dont le métier est de soigner : tant bien que mal, ils organisent la riposte.

© Alex Stoddard

ADDICTIONS
Plaisir et dépendance

Alcool, cigarettes, drogues… mais aussi écrans, jeux, sexe, achats, travail. Peut-on vraiment être accro à tout et n'importe quoi ? Les nouvelles addictions comportementales sont-elles en train de remplacer les dépendances d'antan ?

Si l'alcool, le tabac et le cannabis restent les drogues les plus en usage en France, le nombre de consommateurs quotidiens baisse depuis une dizaine d'années, et plus particulièrement dans la nouvelle génération. Selon les chiffres de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives), l'expérimentation de ces trois drogues principales est en chute libre chez les élèves de troisième. Si en 2010, 53% de ces jeunes avaient récemment consommé de l'alcool, ils ne sont plus que 32% en 2021. Dans la même période, les utilisateurs de tabac au quotidien sont passés de 16% à 4% et ceux de cannabis de 11% à 4% **(1)**. Est-ce que d'autres produits auraient pris le relais? L'usage problématique d'Internet, l'addiction aux jeux vidéo ou à la nourriture seraient-ils en train de remplacer les substances psychoactives jusque-là utilisées de manière privilégiée pour compenser un mal-être flottant?

DES TOXICOMANIES SANS DROGUES

Si les termes «alcoolisme» (1849) et «toxicomanie» (1910) sont déjà très anciens, on ne parle d'addictions que depuis les années 1960. Du latin «*ad-dicere*» (attribuer quelqu'un à une autre personne), ce terme désignait au Moyen Âge une sanction qui consistait à réparer par son corps (ou un comportement) une dette contractée. En 1990, le psychiatre américain Aviel Goodman définit l'addiction comme «*un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives*» **(2)**. Les classifications psychiatriques répertorient des critères communs à plusieurs types d'addiction, y compris les addictions comportementales qu'on nomme parfois toxicomanies sans drogues. Mais leur intégration au sein de la nomenclature fait débat. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*DSM-5*, 2013) ne reconnaît que le jeu pathologique (jeu d'argent et de hasard) comme diagnostic possible d'une addiction. À cela s'ajoutent le trouble du jeu vidéo et celui du comportement sexuel compulsif (*lire p. 59*) dans la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé (*CIM-11*, 2022).

Qu'est-ce qu'une addiction comportementale? Pour la psychologue et professeure des universités Isabelle Varescon, directrice de l'ouvrage *Les Addictions comportementales. Aspects cliniques, psychopathologiques et sociétaux* (Mardaga, 2022), c'est le «*résultat d'un processus interactionnel entre un individu et un objet externe, banal, à disposition de tous, qui conduit à une expérience sur laquelle se développe une dépendance principalement psychologique en raison des effets qu'elle procure et des fonctions qu'elle remplit*». Mais attention, toute passion ou occupation obsessionnelle n'est pas forcément synonyme d'addiction comportementale. «*Il ne faut pas confondre plaisir et addiction. Aujourd'hui, on assiste à une vulgarisation à outrance du terme "addiction". Toutes les activités récréatives sur lesquelles on passe du temps ne conduisent pas systématiquement à des addictions du moment où cela ne pose pas de problèmes dans la vie de tous les jours*», précise Isabelle Varescon. Pour pouvoir être qualifiée d'addiction, la pratique excessive d'un loisir doit être envahissante au point d'avoir des conséquences négatives sur sa santé physique et mentale et sur ses relations affectives, familiales, sociales ou professionnelles (empêcher de travailler, d'avoir une vie de couple, de voir ses amis…). Pour certains, le jeu de hasard, les achats en ligne et d'autres activités potentiellement addictives vont rester du ressort récréatif. Pour d'autres, non!

© Yana Iskayeva/ Getty

D'INTERNET JUSQU'AU BRONZAGE?

Le champ des addictions comportementales s'est considérablement élargi ces dernières années. À ce jour, il n'y a pas de consensus sur une liste précise. La plupart sont très négativement connotées: les jeux de hasard et d'argent, les achats compulsifs, l'addiction au sexe, à Internet, aux conduites à risque. D'autres jouissent d'une image plus positive, comme l'addiction au travail ou au sport, car saines au départ. Les troubles du comportement alimentaire constituent une catégorie à part dans les classifica-

Les jeux vidéo et Internet seraient-ils en train de remplacer les drogues ?

tions, mais présentent de nombreuses caractéristiques communes avec les addictions. C'est surtout le cas des conduites boulimiques dont la frénésie alimentaire ressemble fort à la consommation de substances psychoactives pour compenser un mal-être. Pour ce qui est de l'anorexie, les choses sont moins évidentes. Certains auteurs l'excluent de cette catégorie dans la mesure où il n'y a pas de compulsion ni de véritable dépendance alimentaire. D'autres la qualifient d'une forme d'addiction au jeûne au cours duquel la personne ressent une véritable jouissance de la sensation de faim dont elle devient en quelque sorte dépendante.

Au-delà de cette liste qui fait globalement consensus, d'autres addictions comportementales sont très discutées, à l'image de l'addiction aux tentatives de suicide qu'évoque en 2000 le psychologue Jean-Louis Pedinielli dans *Psychopathologie des addictions* (rééd. PUF, 2017), au sujet des personnes qui persistent dans des pratiques de scarification ou d'intoxication médicamenteuse par exemple. Mais cette hypothèse est loin de faire l'unanimité. «*La répétitivité d'un acte n'est pas le seul critère pour qualifier une addiction. Il me semble que derrière une TS (tentative de suicide) se cache une autre forme de souffrance plus profonde que celle qui nous pousse à fumer un joint ou à s'enfermer dans des jeux vidéo*», estime Isabelle Varescon. Dans l'ouvrage *Les Addictions comportementales* (Elsevier Masson, 2018), les psychiatres américains Michael Ascher et Petros Levounis établissent une liste encore plus exhaustive de ces formes de dépendances en y incluant aussi le bronzage, les SMS ou encore l'amour comme possible terrain addictif. D'autres, tel le psychiatre britannique Isaac Marks, estiment que nombre de conduites obsessionnelles, à l'image des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), de la kleptomanie (obsession à voler) ou de la trichotillomanie (arrachage des cheveux), présentent aussi les

caractéristiques d'une addiction comportementale. Mais il semblerait qu'une caractéristique essentielle de l'addiction soit absente dans ces conduites: le plaisir initial qui amène la personne à recommencer sans cesse le même cycle. «*Les troubles obsessionnels compulsifs constituent avant tout une contrainte, alors que dans l'addiction on recherche plutôt une satisfaction*», estime Isabelle Varescon.

La caractéristique de l'addiction est le plaisir initial qui amène la personne à recommencer.

Du fait de ces divergences de point de vue, on manque encore de chiffres précis sur ces phénomènes. Selon l'OFDT, les addictions à Internet, aux achats, au sport, au sexe ou au travail concerneraient environ 6% de la population. Mais d'autres sources avancent des taux bien supérieurs. Les professionnels d'addictologie témoignent en tout cas d'un afflux massif de patients avec des problématiques comportementales ces dernières années. «*Les consultations pour addiction aux réseaux sociaux ou à la pornographie en ligne sont en forte augmentation. Les réseaux comme TikTok ou Instagram ont un potentiel addictif très fort*», affirme Isabelle Varescon. L'anonymat, l'absence de coût, l'immédiateté des échanges, le côté peu engageant du simple *like* par exemple sont des facteurs qui favorisent le côté addictif de ces applications.

LA BOUÉE DE SAUVETAGE

Que ce soit le produit ou l'activité favorite, toutes ces conduites viennent en général combler un manque, soulager un mal-être, apaiser une angoisse ou une douleur. Une faible estime de soi, des affects dépressifs, un traumatisme, des difficultés relationnelles ou encore un sentiment de culpabilité sont souvent à l'origine des conduites addictives. À cela s'ajoutent des tempéraments qui prédestinent à ce type de conduites, comme l'impulsivité, la recherche de sensations, une faible tolérance à la frustration ou un manque d'autocontrôle. Le produit sert alors de bouée de sauvetage à laquelle la personne s'accroche pour ne pas sombrer. Puis petit à petit, la bouée devient un réflexe qui se déclenche au moindre souci, qui évite de se poser des questions, d'élaborer des solutions à ses difficultés. Au moindre coup de blues ou stress intense, l'alcool ou le tabac vont apporter très rapidement une sensation de mieux-être. Mais le problème, c'est que ça ne durera pas.

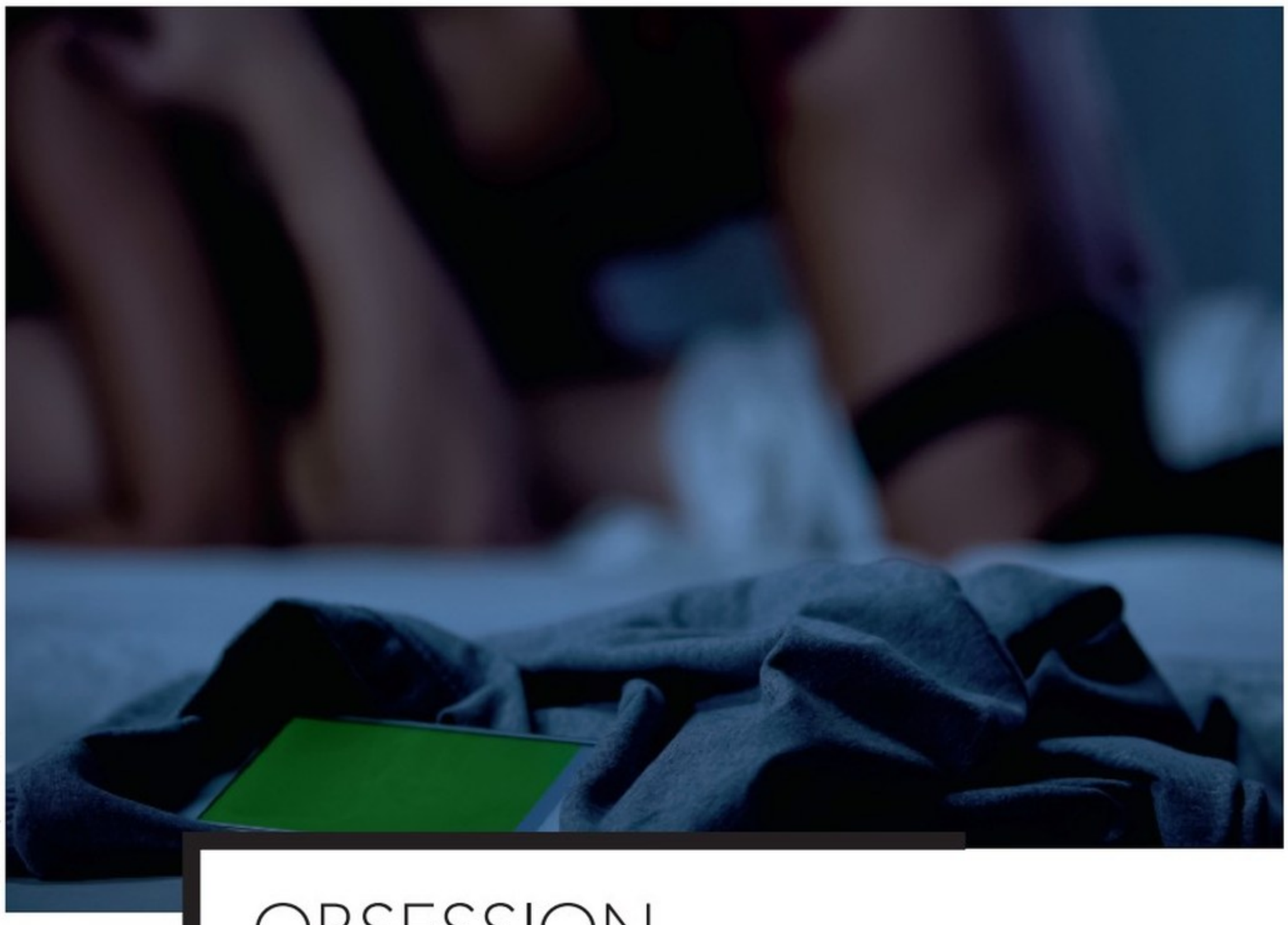
Au-delà des facteurs individuels, l'environnement joue aussi un rôle important dans le processus addictif. Le milieu familial peut favoriser certaines addictions, car pratiquées à la maison (alcool, nourriture, jeux vidéo), tout comme les groupes de pairs (cannabis, sports à risque...). Plus globalement, certains auteurs mettent en avant les évolutions sociétales pour expliquer l'apparition de certaines tendances, à l'image du consumérisme (achats compulsifs), du développement d'Internet (addiction au sexe) ou du culte du corps parfait (addiction au sport). Pour éviter de tomber dans ces pièges, il existe des facteurs dits de protection: une bonne estime de soi, de bonnes capacités d'adaptation aux revers dans la vie, un bon soutien familial, un réseau relationnel développé ou encore des activités de loisir saines.

Comment s'explique le processus addictif d'un point de vue neuronal? Les neurosciences mettent en avant le rôle du circuit de la récompense. La dopamine, un neuromédiateur qui assure la transmission des messages nerveux, est libérée en fortes quantités lorsqu'on consomme une substance psychoactive ou pratique un loisir addictif. Elle augmente la sensation de plaisir. La personne aura donc tendance à vouloir répéter cette expérience. C'est ce qu'on appelle le «*craving*», une envie irrésistible de consommer le produit. Aussi, elle va associer les éléments du contexte à ce moment de plaisir (par exemple un café associé à la cigarette, l'apéro à l'alcool, etc.). On parle de sensibilisation ou de dépendance psychologique. Avec le temps, la sensation de plaisir a tendance à s'émousser. C'est la tolérance. Pour retrouver la même extase, la personne aura donc besoin d'augmenter les doses, ce qui, à son tour, renforce la dépendance. En cas d'arrêt, on assiste au syndrome de sevrage, l'effet de manque ressenti qui pousse la personne à reconsommer.

REPÉRER LES SIGNAUX D'ALERTE

Prévenir les addictions implique en premier lieu des mises en garde du public, comme cela se fait déjà pour l'alcool, le tabac ou encore les jeux de hasard. «*Il faut les informer du caractère potentiellement addictif de certaines pratiques comme l'addiction à Internet, car beaucoup n'en sont pas conscients. C'est important de repérer les indicateurs de risque, par exemple le manque de sommeil, un isolement social, une réduction de plaisir pour les activités autrefois affectionnées ou encore la perte de liberté*», conseille Isabelle Varescon.

Comment soigner une addiction? Pour les thérapies cognitives et comportementales (TCC), ce sont d'abord des comportements appris et répétés en raison de renforçateurs (le plaisir ressenti au moment de la consommation). Ces thérapies vont tenter de briser les automatismes en cherchant à améliorer les aptitudes sociales, la gestion des émotions ou l'estime de soi. Pour la psychanalyse, l'addiction serait une forme de réparation d'un défaut dans le développement de



© Motortion / AdobeStock

OBSESSION

Quand le sexe devient compulsif

L'addiction sexuelle reste sujet à débat scientifique. Si le *DSM* a refusé de l'intégrer dans sa version de 2013 faute de consensus, la *CIM-11*, quant à elle, l'introduit en 2022 sous le titre «Trouble du comportement sexuel compulsif». De quoi s'agit-il? Des masturbations compulsives, la recherche irrépressible de nouveaux partenaires sexuels ou de nouvelles activités sexuelles physiques ou en ligne (usage de la pornographie, échanges en temps réel avec un partenaire virtuel, sites de rencontre ou de prostituées...). La *CIM-11* le classe au sein des troubles du contrôle des impulsions, au même titre que les TOC, mais les ressemblances avec une addiction sont flagrantes. Il existe une réelle dépendance physique et psychologique à l'acte sexuel, avec un sentiment de soulagement après, une envie irrépressible de recommencer, des efforts infructueux pour arrêter le comportement, une tolérance comme pour les produits (besoin de passer toujours plus d'heures en ligne ou de rechercher des activités de plus en plus intenses et excitantes). Pour être qualifié d'addiction, il faut que ce comportement soit envahissant et ait des répercussions négatives sur la vie affective, sociale et professionnelle de la personne. Parmi les facteurs explicatifs, les auteurs avancent différentes pistes: neurobiologiques (déficit dans l'autorégulation des impulsions lié à une motivation sexuelle excessive, défaut d'inhibition et de régulation émotionnelle), psychologiques (déficit identitaire lié à un environnement familial défaillant) et des facteurs socioculturels (une culture mettant en avant des images de corps hypersexualisés, l'accès à la pornographie de plus en plus tôt *via* Internet). ● **M.O.**

l'enfant. Elle aurait à voir avec des difficultés de séparation ancrées dans la petite enfance et des failles narcissiques que la personne cherche à compenser. Pour Jean-Louis Pedinielli, «*l'addiction est une tentative de solution d'un problème qui a la particularité de devenir un montage aux effets incontrôlables, une économie parallèle faite de soulagement, de contrainte, d'emprise et d'équilibre qui ne se rompt pas aisément*» **(3)**. Elle nécessiterait donc un travail analytique sur le long terme. Enfin, la meilleure porte de sortie de ce cercle vicieux reste le sevrage et l'abstinence totale. C'est ce nouveau point de départ qui permet de prendre de la distance et de trouver des alternatives plus saines pour vaincre son mal-être. De véritables plaisirs qui ne se transformeront pas en cauchemars... ●

(1) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, «Drogues et addictions, chiffres clés», 2022.
(2) Aviel Goodman, «Addiction: definition and implications», *British journal of Addiction*, vol. LXXXV, n° 11, décembre 1990.
(3) Jean-Louis Pedinielli *et al.*, *Psychopathologie des addictions*, PUF, 2017.

MARC OLANO

Sujet inflammable

Par **Philippe Zawieja** et **Jean-Christophe Villette**

Il se répand comme une traînée de poudre, mais n'est pas considéré comme une maladie et suscite maintes controverses. Le burn-out n'est-il qu'un faux nez de la dépression? Que dit-il de notre époque?

Dès sa conceptualisation, au début des années 1970, le burn-out est défini comme résultant d'un stress professionnel chronique. Dans les années 1930, le médecin hongrois Hans Selye avait défini le stress comme l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre pour s'adapter à un événement donné, en distinguant trois phases: alarme, résistance et, éventuellement, épuisement. Une perspective psychosociale invite à lire le stress comme la réaction de l'organisme en vue de s'adapter à un déséquilibre entre la perception qu'a une personne des contraintes (changements, exigences ou menaces) que lui impose son environnement, et la perception des ressources qu'elle peut mobiliser pour y faire face. Mais en mettant l'accent sur la souffrance émotionnelle et psychique, la définition même du burn-out en fait aussi un héritier direct de la dépression.

Philippe Zawieja est psychosociologue. Il dirige la recherche du cabinet Ekilibre Conseil, il a publié *Les Rescapés du burn-out. Comment surmonter le mal du travail* (Les Arènes, 2023) et *Le Burn-out* (PUF, coll. «Que sais-je?», 2021).

Jean-Christophe Villette est psychologue du travail et des organisations, directeur général du cabinet Ekilibre Conseil, consultant expert en prévention des risques psychosociaux et enseignant universitaire.

Le regard porté sur le burn-out a donc dû faire converger des représentations sociales antinomiques: celle de la dépression, vécue comme une faiblesse ou une faillite personnelle, et celle du stress, inévitable blessure de guerre du conquérant. Ce qui aboutit à une rhétorique où le «burn-outé» se donne à voir comme un héros certes vaincu, mais vaincu avec honneur puisqu'il a participé à l'effort de guerre. La rhétorique dominante, en associant travail et souffrance, rend socialement acceptable l'exhibition de ses blessures et l'appel à la compassion et à la solidarité collective.

UN FOURRE-TOUT CLINIQUE!

La 11e édition de la *Classification internationale des maladies* (*CIM*) de l'Organisation mondiale de la santé, entrée en vigueur le 1er janvier 2022, classe le burn-out dans la section des «problèmes associés à l'emploi ou au chômage». Il ne s'agirait donc pas d'un trouble médical mais d'un «phénomène» d'origine strictement professionnelle, se caractérisant par trois dimensions: 1) des sentiments d'épuisement; 2) une distance mentale accrue par rapport à son travail; et 3) un sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement.

Plus de 130 manifestations du burn-out ont été répertoriées, réparties en cinq grands domaines: émotionnel (tristesse, irritabilité, hypersensibilité), comportemental (repli sur soi, résistance au changement, intolérance à la frustration, agressivité), cognitif (troubles de la mémoire, de la concentration, indécision...), motivationnel (désengagement, démotivation...) et somatique (troubles du sommeil, de l'immunité, sexuels, cardiovasculaires, musculo-squelettiques, digestifs, alimentaires, cutanés). Un vrai fourre-tout clinique! Et ces manifestations sont inconstantes dans leur fréquence, leur simultanéité ou leur intensité.

LE BURN-OUT, SUJET À CONTROVERSES

Le burn-out soulève de nombreux débats. La question de sa reconnaissance comme maladie professionnelle, posée en France pour la première fois en 2013-2014, semble désormais tranchée par la négative, mais a interrogé, sans parvenir cependant à sortir des cercles d'experts, la nature même de ce phénomène. Constater que le burn-out s'inscrit dans un mouvement séculaire de médicalisation et de psychologisation de la fatigue et des émotions, n'aide pas nécessairement à mieux le comprendre.

Surtout, le burn-out interroge la contribution réelle du travail aux situations d'épuisement ou de souffrance psychologique. Les approches multiniveaux montrent que la santé psychologique dépend de mécanismes complexes mêlant les milieux où évolue le sujet, sa personnalité et ses caractéristiques sociodémographiques, enfin le contexte général.

De sorte que l'efficacité des politiques de promotion de la santé mentale au travail exclusivement fondées sur des interventions liées au travail, aussi complètes et

La question de la reconnaissance du burn-out comme maladie professionnelle a été tranchée par la négative.

PRÉVALENCE

Les femmes et les cadres plus frappés

Le burn-out est un phénomène difficile à quantifier. Une seule certitude: sa prévalence est plus faible que le donne à penser son omniprésence dans le discours quotidien ou médiatique. En France, le «Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel» a mis en évidence une prévalence de 0,69% chez les femmes et de 0,34% chez les hommes sur la période 2013-2019. La même étude, menée en 2007-2012, fournissait des résultats de moitié moins élevés. On constate aussi que l'âge compte (les femmes sont plus à risque à partir de 35 ans, les hommes dès 25 ans), ainsi que la catégorie socioprofessionnelle: les cadres sont environ 6 fois plus exposés que les ouvriers. Chez les femmes, le risque de burn-out est plus élevé dans les secteurs du transport, de la construction et de l'industrie. Chez les hommes, l'agriculture, les autres activités de services et l'hôtellerie-restauration sont les grands pourvoyeurs de burn-out – plus que l'administration publique, les professions de santé ou l'action sociale. ● **P.Z. ET J.-C.V.**

© RunPhoto / Getty

pertinentes soient-elles, est extrêmement variable faute d'une approche suffisamment holistique.

LA NÉCESSITÉ DE RECHERCHES SUPPLÉMENTAIRES

La scientificité même du concept de « burn-out » est régulièrement mise en question. En France, l'Académie nationale de médecine rappelait dès 2016, comme nombre d'instances médicales dans le monde, que le burn-out ne peut être tenu pour un diagnostic médical. La dernière révision de la *CIM* a donné lieu à des querelles d'experts parfois virulentes sur les faiblesses méthodologiques d'un concept et d'un questionnaire de mesure pourtant largement utilisés. Méritent d'être questionnées, par exemple, la description même du burn-out, sa trilogie fondatrice (épuisement, cynisme et sentiment de non-accomplissement), ou encore la réalité du lien de causalité du travail. Ce qui ouvre de multiples pistes de recherche. Aujourd'hui trop centrées sur l'individu, les études négligent l'interaction entre le sujet et l'activité réelle.

Le burn-out est toujours le symptôme d'un dysfonctionnement de l'organisation. Il oblige à une prise en charge (prévention et traitement) sur trois versants : individuel, organisationnel et sociétal. Sur le plan individuel, la prise en charge par un professionnel de la santé (médecin généraliste, psychiatre, psychologue) doit d'abord écarter tout risque d'aggravation, et notamment le risque suicidaire, et évaluer la possibilité du maintien en emploi.

Le burn-out est toujours le symptôme d'un dysfonctionnement de l'organisation.

Sur le plan organisationnel, toute plainte de burn-out doit conduire à analyser les causes, à réinterroger les pratiques managériales individuelles et collectives (culture managériale), mais aussi contribuer à ancrer la santé des salariés dans la stratégie globale de l'organisation.

L'articulation de ces différents versants garantit le succès, mais fait aujourd'hui assez cruellement défaut… Le plan sociétal est d'ailleurs probablement le plus utopique à manœuvrer, car il mobilise les représentations sociales sur le travail, la santé, l'effort, et leurs traductions opérationnelles et juridiques (droit du travail et de la santé notamment). Ceci explique la difficulté à venir à bout du burn-out. Or, malgré la politisation à peine masquée des discours sur le travail et sur la souffrance qu'il emporterait intrinsèquement, l'activité professionnelle est aussi, et même surtout, une source d'accomplissement individuel et collectif. Comme en témoignent les 75 % de Français qui, de sondage en sondage, réaffirment se sentir bien dans leur job… ●

© Deyangeorgiev / Getty

COMMENT ON EN SORT

Face à une situation d'insatisfaction au travail, différentes stratégies peuvent être observées – par exemple : la demande d'augmentation ou de promotion, la démission et le changement radical de vie. Refusée, la demande d'augmentation frustre ; accordée, elle n'occulte que passagèrement les causes réelles du malaise : l'absence de reconnaissance, le sens du travail, un management déficient. D'autant que la rançon peut en être un accroissement de la charge ou des responsabilités – raison pour laquelle la promotion ou la mobilité interne constituent elles aussi des options risquées. Changer de travail peut alors sembler pertinent. Mais démissionner sans solution de repli n'est pas une solution viable : outre l'insécurité économique à laquelle il est corrélé, le chômage ne saurait atténuer la souffrance d'un sujet déjà en burn-out. Accepter un nouvel emploi peut sembler préférable : la « lune de miel » qui s'ouvre et la satisfaction d'avoir été choisi vont sans doute améliorer la situation. Un temps du moins, car les blessures mal cicatrisées du burn-out ne tarderont pas à se rouvrir – le taux de rechute est de 40 %. Changer radicalement de vie, enfin, suppose un examen sérieux de ses aspirations et motivations. Attention à la désillusion et aux facteurs de risque propres à la nouvelle activité ! Les expériences malencontreuses des « néoruraux » ayant créé une maison d'hôte ou une exploitation agricole biologique le rappellent régulièrement. ● P.Z. ET J.-C.V.

ANOREXIE MENTALE

La nourriture comme pire ennemie

Par **Alain Perroud**

Il y a cinquante ans, l'anorexie était très rare. Aujourd'hui, la dictature de la minceur menace d'en faire une norme chez les plus jeunes. Par ailleurs, elle véhicule toujours de néfastes idées reçues.

Si des cas de maigreur sévère ont existé de longue date, le terme «anorexie mentale» n'est apparu qu'au milieu du 19e siècle. Un médecin français, Louis-Victor Marcé, publie en 1860 «Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments». Il est le premier à comprendre qu'il s'agit d'une maladie mentale et à poser les bases d'un traitement. Le terme «*anorexia nervosa*» est proposé en 1873 par Charles Lasègue en France et William Gull en Angleterre.

Jusque-là, les comportements de restriction alimentaire appartenaient au domaine de l'ascèse et se comprenaient comme une quête mystique de pureté et d'élévation de l'âme. On peut citer sainte Catherine de Sienne, au 14e siècle. Plus près de nous, l'impératrice Sissi souffrait d'anorexie mentale, mais ses les motivations relevaient d'un souci esthétique.

Jusque dans les années 1960, cette pathologie est restée très rare. On savait la reconnaître, mais on en connaissait mal les mécanismes: tantôt on l'assimilait à l'hystérie, tantôt on y voyait un dérèglement hormonal. Quand les chiffres ont

Alain Perroud est psychiatre, spécialisé dans le traitement des troubles des conduites alimentaires. Parmi ses ouvrages : *Savoir traiter l'anorexie mentale. Des racines de la maladie à sa prise en charge globale* (RMS éditions, 2021).

littéralement explosé à partir de la décennie 1970, on a pris conscience de l'impact de cette pathologie sur la santé mentale de toute une génération de jeunes femmes et constaté que les armes pour y faire face manquaient cruellement. Comment expliquer ce brusque changement épidémiologique à cette période particulière? Pourquoi les jeunes filles et les jeunes femmes en ont-elles été les victimes?

CHANGEMENTS CULTURELS ET CORPORELS

Le premier facteur tient à l'arrivée massive des images dans nos sociétés: télévision, magazines, photos de stars. Ces nouveaux médias, préfigurant les réseaux sociaux d'aujourd'hui, montraient des femmes souvent très minces, ce qui a contribué à promouvoir l'intérêt pour une certaine beauté physique au détriment des autres dimensions de la personnalité.

Dans le même temps, une autre «révolution» s'est produite dans le domaine du travail. Avec la journée continue, le repas de famille de midi a été remplacé par des sandwiches avalés à la hâte, ce qui a modifié le rapport à la nourriture. En résulte une montée de l'obésité, suivie de près par la «grossophobie», laquelle vient renforcer un idéal de minceur déjà si fort auprès des femmes et des adolescentes.

L'anorexie est la plus grave des maladies mentales, plus mortelle que la dépression ou la psychose.

Mais il n'y a pas que des déterminants sociaux. Pour que le trouble s'installe, il y faut des facteurs personnels de prédisposition. Les mieux documentés portent sur le perfectionnisme et la faible estime de soi. On note aussi souvent un trait anxieux et un fort besoin de contrôle. À ces éléments s'ajoutent des facteurs physiologiques de mieux en mieux identifiés tels que la flore digestive ou les facteurs génétiques. Enfin certains événements de vie tels que les violences, abus et autres négligences subis dans l'enfance ou l'adolescence sont présents dans près d'un tiers des cas.

LES DANGERS DES RÉGIMES

Mais le facteur de déclenchement qu'on retrouve pour 80% des sujets, c'est un régime. Ce comportement d'apparence banale est celui qui présente le plus grand danger, si on est prédisposé. Il va amorcer insidieusement tout un cortège de processus physiologiques et psychologiques qui vont s'installer dans la durée. On ne dira jamais assez les dangers des régimes, même encadrés par des professionnels. Car après la phase d'exaltation liée à la perte des premiers kilos, peut arriver l'épuisement physique et intellectuel, l'irritabilité, voire un trouble anxiodépressif qui viendra compliquer les soins.

Dans tous les cas, l'anorexie mentale risque de durer: il est rare que les choses s'arrangent en quelques mois, même si des soins sont mis en œuvre très tôt. Le plus souvent, elle conduit à l'isolement social et s'accompagne de conflits avec l'entourage. Elle tend à se chroniciser du fait de son caractère insidieux, de l'apparent mieux-être qu'elle peut procurer au début, et de l'anosognosie (incapacité à percevoir sa maladie) qu'elle induit. La personne met très longtemps à prendre conscience de son état et des dangers qu'elle court. Elle peine à adhérer aux soins et semble plus effrayée de prendre 500 grammes que de risquer sa vie.

Bien des gens en concluent que la personne malade agit délibérément, qu'elle est prête à tricher sur son poids, à dissimuler les aliments pour faire croire qu'elle les a mangés, à mentir à ses proches et aux soignants. Un regard plus empathique montre qu'elle ne fait qu'obéir à son trouble, est pathologiquement soumise. Plus la pression des soins est exigeante, plus elle est contrainte de s'y opposer. Et les méthodes coercitives encore pratiquées par certaines équipes, convaincues qu'il faut briser cette résistance, aboutissent à des échecs.

DEUX TIERS DE GUÉRISONS

Or l'anorexie est la plus grave de toutes les maladies mentales. Grevée d'une mortalité supérieure aux dépressions et aux psychoses, elle entraîne le plus souvent des années de souffrance, une exclusion sociale, des échecs scolaires et professionnels, et interfère avec le développement affectif et social si important à l'adolescence.

Nous manquons encore de procédures validées et indiscutables pour combattre l'anorexie mentale. Contrairement à la boulimie qui répond très bien à la thérapie comportementale et cognitive ou à la thérapie interpersonnelle, on n'obtient guère de résultats avec ces techniques dans l'anorexie. On a plus de succès en s'appuyant sur la famille avec la FBT (*family based treatment*). Encore faut-il que le trouble soit assez récent (moins de 3 ans d'évolution), que le sujet soit jeune (moins de 18 ans), et vive avec ses proches. Pour toutes les autres situations, nous sommes plutôt démunis, et c'est un axe de recherches parmi les équipes les plus novatrices dans le monde. Des progrès se font jour: on entrevoit des possibilités de médications utiles, on parvient à une meilleure compréhension des facteurs physiologiques et psychologiques qui entretiennent le trouble, on sait mieux prévenir les dégâts de la maladie sur les os ou les organes vitaux.

La bonne nouvelle, c'est qu'on guérit en général de l'anorexie mentale, même si cela prend du temps. On estime que les deux tiers des malades auront une évolution finalement

favorable et que parmi le tiers restant, la plupart ne garderont que des effets inconfortables mais peu invalidants. «*Anorexique un jour, anorexique toujours*» est une formule fausse, stigmatisante, qui relève de l'ignorance, voire d'une certaine malveillance. Il nous faut dire, autant aux personnes qui souffrent d'anorexie mentale qu'à leurs proches ou aux équipes de soins: n'abandonnez jamais le combat! Pour citer Jean de La Fontaine: «*Patience et longueur de temps font plus que force ni que rage.*»

SOURCES

- «Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders», Organisation mondiale de la santé, 2022.
- «Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité» Insee, 2020.

© Franz Pfluegl / AdobeStock

DÉNUTRITION

Un trouble très féminin

De quelques cas isolés, voici une cinquantaine d'années, on est passé à plus de 0,5% de la population, soit presque autant que la schizophrénie par exemple. Les femmes sont dix fois plus touchées par les troubles des conduites alimentaires (TCA), en particulier l'anorexie mentale. Parmi elles, les plus exposées sont les danseuses, les sportives et les mannequins.

MAIGREUR INCONSCIENTE

Le plus connu des symptômes de l'anorexie mentale est la perte de poids, souvent considérable, au centre du diagnostic. Cette maigreur conduit à un IMC inférieur à 17 et correspond à peu près à une perte de 15% de son poids d'équilibre. Ce qui est moins connu, c'est que les personnes qui souffrent d'anorexie mentale ne perçoivent pas cette maigreur et ne peuvent pas se rendre compte de sa gravité. Cette incapacité à voir son image réelle explique qu'il leur est si difficile de consulter et d'accepter des soins. Cet amaigrissement peut être dû à des restrictions alimentaires mais aussi à des purges (vomissements, mésusage des laxatifs) et/ou à une activité physique intense. Il peut entraîner un tel stade de dénutrition qu'une hospitalisation devient nécessaire pour assurer une réalimentation adaptée.

IDÉES FAUSSES

Aujourd'hui, le consensus scientifique est qu'on doit combattre la maladie et non la malade, on doit travailler avec elle et l'associer à toutes les étapes de la démarche de soins si on veut l'aider à guérir. Plus aucune recommandation internationale ne valide la contrainte, l'enfermement, l'isolement ou la menace comme méthodes acceptables. Et pourtant, elles restent bien trop souvent dans les habitudes des soignants, ce qui nécessite un gros effort de formation et d'information.

AUTRES TCA

La boulimie est une pathologie très féminine et encore plus fréquente que l'anorexie mentale. Le symptôme clé est le même: les restrictions alimentaires. Mais celles-ci s'accompagnent de phases de consommation massive de nourriture aussitôt regrettée et rejetée (purges). À l'aube du 21e siècle, on a identifié une troisième pathologie alimentaire: l'hyperphagie boulimique (ou accès hyperphagiques). Cette dernière s'apparente à la boulimie par ses crises sans déboucher sur des comportements compensatoires et, de ce fait, elle est fréquemment associée à un surpoids. **A.P.**

TDA/H

Quand l'attention fout le camp

Entretien avec **Nader Perroud**

Les troubles de l'attention, plus encore que l'hyperactivité, sont centraux dans le TDA/H, dont le diagnostic augmente, même chez les adultes. Le phénomène est-il inédit, ou y fait-on juste… attention ?

© Université de Genève / Nader Ali Perroud

Qu'est-ce que le TDA/H ?

C'est l'acronyme du trouble du déficit de l'attention avec ou sans activité. Il appartient aux troubles neurodéveloppementaux à l'instar d'autres pathologies comme le trouble du spectre autistique, la dyslexie, la dyscalculie, et autres difficultés apparaissant dans l'enfance. Ce n'est pas une pathologie récente : on trouve de très bonnes descriptions, d'adultes mais surtout d'enfants présentant des symptômes compatibles avec ceux du TDA/H, dès le début du 18e siècle. On a parlé ensuite, au 20e siècle, de « *minimal brain damage syndrome* ». Puis, des années 1960 à 1980, les classifications internationales, surtout américaines, l'ont redéfini en TDA/H. Mais les descriptions n'ont pas changé depuis le 18e siècle. Même les traitements actuels sont assez anciens : les premiers essais médicamenteux ont été

Nader Perroud est psychiatre et psychothérapeute aux Hôpitaux universitaires de Genève et professeur à l'université de Genève (Suisse) et à l'université Dalhousie (Canada). Il a publié *Manuel de l'hyperactivité et du déficit de l'attention* (avec Martin Desseille et Sébastien Weidel, Eyrolles, 2020)

effectués en 1938 avec des dérivés amphétaminiques très efficaces sur les comportements et l'attention des enfants. La Ritaline, le plus connu des traitements, ou méthylphénidates, a été développée en 1944 en Suisse par un pharmacien qui l'a testée sur sa femme Rita, d'où le nom. Il en a apprécié les effets sur sa concentration, et notamment ses progrès au tennis ! On a donc du recul : les traitements sont plus anciens que les neuroleptiques développés à partir des années 1950.

Comment est-on affecté par le TDA/H au quotidien ?

Tout dépend si on a affaire à une variante de difficultés attentionnelles, ou hyperactive impulsive, ou combinée.
Si on se trouve sous dominante attentionnelle, on va rester longtemps sur une tâche qui requiert un effort mental soutenu, surtout si elle est ennuyeuse, répétitive, sans récompense immédiate. On présente une forte tendance à être distrait, ce qui donne des multitâches inefficaces. On commence un truc, on est distrait par un autre, on en commence encore un autre. Cette tendance à la dispersion et à la distraction engendre des difficultés à organiser, planifier, anticiper. On est décalé, en retard, ce qui produit un impact sur nos relations interpersonnelles, l'heure à laquelle on se couche… On est tête en l'air, on a tendance à oublier, à perdre sans cesse des objets, les clefs ou le téléphone, on ne note pas, on oublie les rendez-vous. Et on ne fait pas attention aux détails : on peut commettre des erreurs stupides dans des rapports, ne pas voir qu'il y avait un recto mais aussi un verso à remplir… Ce qui peut conduire à de graves ennuis professionnels, et sur un plan personnel à des divorces.

Et pour la variante hyperactive impulsive ?

Les personnes présentent des difficultés à rester tranquilles, sereines, lorsqu'il n'y a pourtant pas besoin de faire quelque chose. Rester assis sans rien faire est insupportable ! Il faut bouger, canaliser un moteur interne qui a toujours besoin de mouvement. L'enfant va toujours se balancer sur sa chaise, se lever en classe, tant ça le gêne de devoir rester tranquille. La personne adulte joue avec des objets, son téléphone, son stylo, bouge ses doigts frénétiquement, sans comprendre que ça dérange les autres. Elle prend beaucoup d'espace, empiète sur celui d'autrui, prend la parole n'importe quand dans des soirées ou dans des groupes. Ces problèmes d'inhibition amènent à d'importants conflits familiaux ou professionnels. L'intolérance à l'ennui est aussi caractéristique de l'hyperactivité : se trouver dans un bouchon ou une file d'attente provoque des énervements, des crises de colère. Les émotions sont déréglées, avec une intolérance à la frustration. Et certaines personnes présentent donc ces deux variantes à la fois.

À partir de quel moment être étourdi, avoir la bougeotte ou détester l'ennui ne constituent pas simplement un trait de personnalité mais un problème médical ?

Les classifications internationales sont assez précises là-dessus, et c'est d'ailleurs la même chose pour toute pathologie mentale : il faut que les symptômes procurent un handicap dans au moins deux domaines de fonctionnement. Si j'ai de la peine à me concentrer uniquement à l'école ou uniquement au travail, ce n'est pas suffisant. Il faut que mes difficultés constituent un handicap ailleurs dans ma vie : à la maison, avec mes amis, dans la pratique d'activités sportives ou autres. On peut établir un parallèle avec la dépression. Certains sont plutôt tristes, voient un peu tout en noir, mais il n'y a pas vraiment de handicap associé à cette personnalité morose. Si on est triste au point de ne plus avoir envie d'aller au travail, de se laisser aller, de ne plus prendre soin de soi, là c'est de la dépression.

En quoi le TDA/H constitue-t-il un trouble neurodéveloppemental ?

Dans le TDA/H, on observe des anomalies dans la gestion de la noradrénaline et surtout de la dopamine. Ces hormones de l'éveil et du plaisir permettent le bon fonctionnement du système exécutif, c'est-à-dire le chef d'orchestre du cerveau, responsable de l'attention, la concentration, la planification… On pense que les personnes

Pour l'hyperactif, se trouver dans une file d'attente provoque une crise de colère.

concernées naissent avec une vulnérabilité biologique. Les études en neuroimagerie montrent que le cerveau se développe plus lentement dans les zones impliquées dans le système exécutif. Ce qui donne jusqu'à deux à trois ans de retard. Qu'on peut moduler : 30 à 40 % des personnes vont spontanément rattraper ce retard et entraîner la disparition de leur trouble à l'âge adulte. Surtout s'ils grandissent dans un environnement qui connaît l'existence du trouble : les parents savent que l'enfant éprouve peut-être des difficultés mais qu'il fait son maximum. Le pire environnement, c'est lorsqu'on lui dit : « *Tu es débile, concentre-toi, fais des efforts !* », alors qu'il fait déjà mille fois plus d'efforts que n'importe qui. Voilà qui favorise la sévérité et la persistance du trouble.

© Pupa Neumann

Quelle est la prévalence du TDA/H chez les enfants et les adultes?
Chez l'enfant, de 2 à 4 ou 6%, ça dépend des régions géographiques. Chez les adultes, plutôt de 2 à 4%, ce qui correspond bien à la disparition du trouble chez un tiers d'entre eux. Dans l'enfance, d'autres troubles neurodéveloppementaux apparaissent fréquemment en même temps: dyscalculie, trouble du spectre autistique... Des comorbidités biologiquement partagées. En grandissant, on va trouver essentiellement des troubles de l'humeur comme l'anxiété ou la dépression, des troubles de la personnalité, des addictions... Là, il s'agira plutôt de conséquences du TDA/H. En tout cas, la prévalence a tendance à augmenter.

Est-ce parce qu'on y fait davantage attention, ou parce que l'évolution de notre environnement exerce un impact, notamment avec l'omniprésence des écrans?
Les deux! Les professionnels de santé mentale sont mieux formés depuis une vingtaine d'années, mais les écrans ont certainement un impact. Plus un enfant y est exposé, plus on observe une péjoration de ses capacités attentionnelles. Autre élément environnemental depuis une quarantaine d'années, la réduction du temps de sommeil. Toutes les études montrent que les enfants et adolescents ont besoin de dormir de 8 à 10 heures par nuit. On en est loin... Enfin, notre société est de plus en plus normée. Autrefois, si on était TDA/H, on pouvait compenser la paperasse. Aujourd'hui, avec l'augmentation du volume de l'administratif et 250 mails par jour, impossible.

Il n'y a pas de raison que ça s'arrête!
On va dans le mur! La demande cognitive de gestion, de planification et d'organisation a été multipliée par 10, 15, 20! Il faudrait en venir à un système beaucoup moins administratif. Mais ce n'est pas demain la veille...

PROPOS RECUEILLIS PAR JEAN-FRANÇOIS MARMION

APPROCHES THÉRAPEUTIQUES
Faut-il avoir peur des médicaments ?

Il est possible d'améliorer nettement la condition des patients TDA/H par des psychostimulants. Dérivés de la cocaïne, ou des amphétamines, ces médicaments régulent le niveau de dopamine et de noradrénaline dans le cerveau, et donc le système exécutif: ce qui permet de se concentrer, de planifier, d'organiser, d'être plus serein, d'avoir moins envie de bouger. Sans doute, avec un TDA/H, on éprouve les plus grandes peines du monde à accomplir des choses qui ne nous intéressent pas, alors on cherche d'autres stimulants. Avec le cerveau ainsi nourri en dopamine, on peut enfin faire tranquillement la tâche qui nous est demandée avec extrêmement peu d'effets secondaires.
On a peu, voire pas de prises en charge équivalentes en termes de profil, de tolérance et d'efficacité qui marchent aussi bien en psychiatrie que les psychostimulants pour le TDA/H. Contrairement à ce qu'on peut redouter, ces traitements n'entraînent aucune dépendance, et ne donnent pas davantage de risques de développer plus tard une addiction à la cocaïne ou aux amphétamines. Ce sont même des traitements prescrits par ailleurs aux personnes qui présentent ce genre d'addiction! C'est pourquoi les sociétés de médecine préconisent ce traitement en première intention chez les enfants.
Mais une autre approche extrêmement utile consiste à aménager l'environnement de la personne. Il faut mettre l'accent sur la psychoéducation de l'entourage: on ne traitera pas que l'enfant, mais tout un système. Chez l'enfant comme chez l'adulte, on doit aussi travailler l'hygiène environnementale: limiter l'exposition aux écrans, améliorer le sommeil. Le sport aussi est très important, puisqu'il nous fait libérer de la noradrénaline et de la dopamine, ce que font par ailleurs les traitements médicaux. L'alimentation est souvent extrêmement perturbée: par définition, la *junk food* est plus pratique, plus rapide et moins ennuyeuse que cuisiner un petit plat! Chez l'adulte, on essaie d'abord les médicaments. Et ensuite on propose du coaching, on dispense des outils basiques pour pouvoir se concentrer, planifier, apprendre à organiser un agenda. Ou alors on mène une thérapie cognitivo-comportementale pour travailler l'acquis de compétences et pallier les difficultés attentionnelles et interpersonnelles souvent en lien avec l'impulsivité. Le mieux, c'est encore de combiner les deux types d'approche. **N.P.**

© Andrew Guan / Unsplash

ÉCRANS
Les grands décerveleurs ?

On les accuse de nous avoir rendus dépressifs, anxieux, addict, *crédules, les technologies numériques sont-elles vraiment responsables de tous les maux de la société ?*

C'est une surenchère médiatique que rien ne semble arrêter : de *La Fabrique du crétin digital* (Seuil, 2019) dénoncée par le neuroscientifique Michel Desmurget à l'*Apocalypse cognitive* (PUF, 2021) prophétisée par le sociologue Gérald Bronner, aucun mot ne semble assez dur pour fustiger l'ère numérique. On en oublierait presque que la panique n'a pas toujours été de rigueur. En 2012, le philosophe Michel Serres nous avait offert une des plus belles tranches d'optimisme numérique dans son essai *Petite Poucette*, où il décrivait avec la tendresse d'un grand-père l'émergence d'une nouvelle génération «*condamnée à ne devenir qu'intelligente*», qui tiendrait dans sa main «*tous les lieux et toutes les informations du monde*».

AUTOPSIE D'UNE PANIQUE SOCIALE

Difficile de dater précisément l'émergence du discours de l'angoisse. S'agissant des jeux vidéo, les premières alertes remontent aux années 1980, avec le succès des bornes d'arcade. L'hebdomadaire américain *Time* titre alors «Video games are blitzing the world» («Les jeux vidéo déferlent sur le monde») tandis que les psychiatres rapportent avec gravité des cas «d'obsession» chez de jeunes gens, dont un aurait été jusqu'à repousser son voyage de noces pour jouer à *Space Invader* ! Ces inquiétudes, très semblables à celles qui ont accompagné l'essor des autres cultures populaires comme le rock'n'roll ou les bandes dessinées, se tarissent vite : «*On s'est rendu compte que ces jeunes* "geeks" *avaient des trajectoires scolaires et professionnelles semblables, voire un peu meilleures que les autres*», retrace le psychologue Yann Leroux, auteur d'un livre de vulgarisation sur l'impact des jeux vidéo (1). Deux faits divers réactiveront la panique : en 1999, la tuerie du lycée de Columbine (États-Unis) perpétrée par un adolescent fan du jeu de tir *Doom* ancrera durablement le préjugé, jamais démontré scientifiquement, que les jeux vidéo rendent violents ; tandis que le suicide en 2001 du jeune américain Shawn Wooley, adepte compulsif de jeux vidéo, initiera le débat autour de l'addiction.

Les inquiétudes relatives aux «écrans» sont quant à elles bien plus récentes. Le Haut Conseil à la santé publique situe

leur essor dans les années 2010 (2), au moment où se généralisent smartphones et tablettes. Une masse d'articles de presse questionnent alors leur impact sur la santé. «*Nous les scientifiques avons vu surgir et faire florès le concept d'"écrans" et de "temps d'écran", dénués de sens sur le plan cognitif tant les activités qu'ils regroupent sont variées, pour expliquer tous les maux de la société*», se souvient Séverine Erhel, chercheuse en psychologie cognitive et coautrice d'un livre sur les peurs associées au numérique (3). Se succèdent alors une série de buzz médiatiques alarmistes, nourrissant l'idée d'un déclin cognitif civilisationnel.

LES ENFANTS D'ABORD

Sans surprise, c'est d'abord vers les enfants que les préoccupations se portent. Dès 2011, le neuroscientifique Michel Desmurget est un des premiers à jeter un pavé dans la mare. Dans son livre *TV lobotomie*, il présente deux séries de dessins enfantins de bonshommes: la première, très élaborée, est présentée comme l'œuvre d'enfants regardant la télévision moins d'une heure par jour, tandis que la seconde, aux traits rudimentaires, aurait été produite par des enfants la regardant plus de trois heures. Aux yeux du grand public, l'image devient la preuve de la nocivité de la télévision… jusqu'à ce que l'Agence France Presse (AFP) révèle qu'elle est en réalité issue d'une unique étude, menée en 2006 par un médecin allemand, qui n'a sélectionné que les dessins les plus illustratifs. En 2017, c'est au tour de la médecin Anne-Lise Ducanda de monter au créneau: dans une vidéo devenue virale, elle alerte sur une explosion dans sa patientèle de jeunes enfants biberonnés aux écrans, présentant des troubles semblables à l'autisme. L'hypothèse de «l'autisme virtuel» est rapidement balayée par la Société française de pédiatrie qui l'estime «*hâtive et non fondée*» mais l'idée d'un possible «syndrome de surexposition» devient le cheval de bataille du collectif Cose, rassemblé autour d'Anne-Lise Ducanda, qui propose aux parents des thérapies de «*sevrage total des écrans*».

Des buzz médiatiques alarmistes nourrissent l'idée d'un déclin cognitif civilisationnel.

La réalité serait pourtant bien plus complexe, si on en croit la synthèse de littérature scientifique proposée en 2023 par le chercheur en sciences cognitives Franck Ramus (4) : certes, de nombreuses études trouvent une association entre temps passé devant les écrans et baisse des capacités cognitives et langagières des enfants, mais les effets restent en moyenne d'ampleur faible, tant en intensité et qu'en fréquence. En outre, ceux-ci sont variables selon l'âge, et surtout extrêmement dépendants de la qualité des usages qui, bien accompagnés par l'adulte, peuvent se révéler bénéfiques. Quant au risque de développer des troubles neurodéveloppementaux, les corrélations observées sont encore loin de permettre des explications causales: la surconsommation d'écrans des enfants neuroatypiques pourrait tout aussi bien s'expliquer par le besoin plus important de leurs parents de disposer de moments de répit ou par l'attrait, déjà connu de longue date, des enfants autistes pour les activités numériques.

GÉNÉRATION *ADDICT*

Une autre série d'inquiétudes vise les jeunes, une catégorie particulièrement friande de technologies numériques. Selon le *Baromètre numérique 2021*, 91% des 12-17 ans et 95% des 18-24 ans possèdent un smartphone, et respectivement 70% et 84% déclarent une présence active sur les réseaux sociaux. Un engouement tel qu'on ne compte plus les témoignages de parents paniqués de voir leur progéniture rivée aux notifications de leur smartphone et absorbés des week-ends entiers à des parties en ligne de *League of Legends*. Les jeunes seraient-ils tous devenus accros ? Pour Séverine Erhel, il faut raison garder, compte tenu de l'absence de consensus scientifique : «*Tous les critères ne sont pas réunis pour parler d'addiction au sens strict, car nous ne sommes pas face à une dépendance à un produit mais à un trouble comportemental.*» De son côté, le psychologue Yann Leroux déplore un amalgame contre-productif sur le plan de la santé mentale : « *De simples* gamers *se retrouvent à tort étiquetés comme drogués, tandis qu'on induit des retards de diagnostic chez des personnes souffrant de troubles psychologiques réels en s'obstinant à croire que leur problème est uniquement dû aux écrans.* » Car il faut reconnaître que les activités numériques n'ont pas leur pareil pour capter notre attention et nous plonger dans le « *flow* », cet état psychologique de si grande relaxation que nous en oublions tous nos tourments.

Plus faciles à dégoter qu'un roman haletant et moins engageantes qu'un projet stimulant, les activités sur écrans peuvent vite devenir un expédient pour apaiser angoisses ou symptômes dépressifs: «*On estime entre 2 et 4% la proportion d'individus à risque, en raison de leurs vulnérabilités individuelles, de développer des usages numériques compulsifs, caractérisés par une difficulté à maîtriser sa consommation, une diminution de l'estime de soi et un envahissement des sphères scolaires ou professionnelles*», explique Séverine Erhel. Les technologies numériques pourraient-elles de surcroît aggraver le mal-être adolescent, voire expliquer la dégradation de la santé mentale des jeunes constatée depuis plusieurs années à l'échelle internationale, comme le soutient le psychologue américain Jonathan Haidt, dans son

récent best-seller *Anxious Generation* (non traduit, 2024)? Non, si on en croit l'importante méta-analyse réalisée en 2019 par la chercheuse britannique Amy Orben sur 350000 adolescents qui concluait que leurs usages numériques pouvaient tout au plus expliquer 0,4% de la diminution de leur bien-être (5).

Les effets des écrans restent d'ampleur faible, tant en intensité qu'en fréquence.

De quoi totalement se rassurer? Pas vraiment non plus, met en garde Séverine Erhel qui rappelle l'existence de périodes développementales sensibles: «*Les associations les plus négatives entre usages numériques et satisfaction de vie s'observent au début de la puberté et au moment du départ du domicile parental, soit deux âges charnières où on est plus souvent mal dans sa peau et en quête de validation sociale.*»

TOUS COMPLOTISTES?

La vulgate psychologique décrit sans cesse de nouveaux maux, censément imputables au numérique telles que le *doomscrolling*, ou tendance à faire défiler à l'infini les contenus en ligne; ou le *FOMO* (*fear of missing out*) qui nous pousserait à rester connecté en permanence pour ne rien rater... sans toutefois susciter d'inquiétudes chez les scientifiques: «*Ces concepts nous permettent de mieux décrire nos vulnérabilités cognitives, préexistantes à l'ère numérique, qu'exploitent hélas particulièrement bien certaines plateformes au design prédateur*», commente Séverine Erhel.

Reste une dernière catégorie majeure d'inquiétudes, selon laquelle Internet nous aurait rendus particulièrement crédules, manipulables et complotistes. Propulsée sur le devant de la scène après l'élection américaine de 2016, qui avait vu Donald Trump accéder au pouvoir au terme d'une campagne émaillée d'un nombre record de fausses informations, et plus encore après la crise du covid, durant laquelle avaient circulé nombre de théories échevelées sur la dangerosité des vaccins, cette préoccupation n'a pourtant rien d'une évidence pour les chercheurs spécialistes de la mésinformation, comme Sacha Altay: «*On a tendance à idéaliser le passé et à croire que les gens d'autrefois étaient plus attachés aux faits et ne lisaient que des journaux de qualité. En réalité, les données suggèrent une grande stabilité temporelle de l'adhésion aux infox et aux théories du complot.*» Le chercheur déplore à ce titre la persistance de croyances erronées sur les dangers d'Internet: «*De nombreuses études ont*

montré que les fausses informations modifient très peu les opinions et ne font surtout que conforter les convaincus. De même, le rôle des "bulles de filtre" a été exagéré, occultant notre tendance sociologique ancestrale à nous regrouper par centres d'intérêt.»

En définitive, notre obsession pour le pire aurait entravé une compréhension efficace du problème: «*La non-information reste bien plus massive et délétère que la désinformation. Or, si Internet a certes facilité la diffusion des fausses informations, il a décuplé celle des vraies informations, accroissant du même coup nos capacités collectives d'esprit critique.*» Un point de vue que partage Yann Leroux, qui regrette les réticences à reconnaître les bienfaits des technologies numériques: «*Il est maintenant bien établi que les jeux vidéo peuvent contribuer à améliorer nos capacités d'attention visuelle, notre mémoire de travail, ou à servir de support à des psychothérapies, mais ces apports restent tabous.*» Le temps serait-il venu de regarder enfin le verre à moitié plein? ●

(1) Yann Leroux, *Le Jeu vidéo expliqué aux parents et aux éducateurs*, FYP, 2023.
(2) Haut Conseil à la santé publique, «Analyse des données scientifique : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans», janvier 2020.
(3) Anne Cordier et Séverine Erhel (coord.), *Les Enfants et les écrans*, Retz, 2023.
(4) Magali Lavielle-Guida et Franck Ramus, «L'usage du numérique entraine des troubles neurodéveloppementaux», dans Anne Cordier et Séverine Erhel (coord.), *Les Enfants et les écrans*, *op. cit.*
(5) Amy Orben et Andrew K. Przybylski, «The association between adolescent well-being and digital technology use», *Nature Human Behaviour*, n° 3, 2019.

BÉATRICE KAMMERER

© Ems Forster Productions / Getty

RAPPORT

Des recommandations de bon sens

«À la recherche du temps perdu», c'est le titre du rapport de la commission d'experts pluridisciplinaire missionnée en janvier 2024 par Emmanuel Macron. Son objectif? Identifier les principaux consensus scientifiques quant à l'impact des technologies numériques sur les enfants et formuler des recommandations de bonne pratique. Déficit de sommeil, sédentarité et myopie apparaissent ainsi comme les conséquences néfastes les mieux attestées selon les experts, qui mettent également en garde, chez les enfants de moins de 4 ans, contre les risques de technoférence – lorsque les outils numériques affectent la qualité ou la quantité des interactions parents-enfants – et, chez les enfants plus âgés et adolescents, sur les risques d'usages compulsifs et d'exposition aux contenus violents ou pornographiques. Si leurs recommandations défendent la nécessité d'accompagner l'autonomie numérique des enfants par un parcours échelonné – pas d'écran avant 3 ans, pas de téléphone avant 11 ans, pas de réseaux sociaux avant 15 ans –, elles insistent également sur la nécessité de considérer le problème à l'échelle collective, notamment en imposant aux plateformes des fonctionnements plus éthiques, plus transparents, favorisant le pouvoir d'agir des jeunes et leur droit à choisir – et non plus seulement subir – les paramétrages algorithmiques. ● **B.K.**

© Nomadsoul1 / Dreamstime.com

POSTCOVID
Animal triste

Entretien avec **Maria Melchior**

«Ah ! Si c'était un tremblement de terre ! Une bonne secousse et on n'en parle plus… on compte les morts, les vivants, et le tour est joué. Mais cette cochonnerie de maladie !» (Albert Camus, *La Peste*).

Dès le début de la pandémie, les institutions de santé publique se sont inquiétées de son impact sur la santé mentale des individus. En avaient-elles anticipé l'ampleur ?

Les scientifiques s'attendaient à d'importantes répercussions psychologiques, car celles-ci avaient déjà été observées lors de précédentes épidémies comme le sras ou la grippe H5N1 en Asie. Nous savions également déjà que les quarantaines et les confinements pouvaient avoir des effets délétères sur la santé mentale. Dès le début de la pandémie, le recueil de données mis en place par Santé publique France (*lire p. 75*) a montré une augmentation massive des symptômes d'anxiété et de dépression, deux fois plus élevés qu'en temps normal, avec en moyenne 26 % des individus touchés. Et ça n'avait rien de surprenant au regard du choc que nous étions en train de vivre : un virus létal totalement inconnu, qui se diffusait de manière exponentielle, associé à un confinement brutal et très strict, qui nous coupait de nos activités quotidiennes.

Maria Melchior est épidémiologiste et directrice de recherche à l'Inserm. Elle est spécialiste des déterminants sociaux en santé mentale, notamment dans le contexte de la pandémie. Elle est l'autrice de *Santé mentale. Un défi pour le 21e siècle* (Michalon, 2023).

Certains semblaient principalement déstabilisés par la peur d'être contaminés, là où d'autres étaient mis à mal par les restrictions de liberté: qu'est-ce qui a eu les plus lourdes conséquences?

Il est très difficile de faire la part des choses. Le moral des Français est globalement resté très bas durant deux ans, avec de légères fluctuations suivant la courbe des contaminations. Les études menées à l'échelle européenne (1) ont montré que le type de mesure sanitaire adopté n'avait guère changé la donne: les Danois allaient aussi mal que les Français, alors même qu'ils avaient été beaucoup moins confinés. Cela tient sans doute à la diversité des sources de stress que la pandémie a pu représenter: impossibilité de se projeter dans l'avenir parce qu'on ne sait pas combien de temps la crise va durer, peur de perdre son emploi ou ses moyens de subsistance, sans oublier les deuils parfois impossibles de ceux qui n'ont pas été autorisés à visiter leurs proches mourants ou à participer à leurs funérailles.

Que faut-il penser de l'hypothèse immunopsychiatrique, selon laquelle l'infection de covid aurait elle-même été une cause de maladie mentale?

Plusieurs éléments appuient cette explication. D'abord, le nombre important de symptômes cognitifs reportés lors de la première vague de contamination, où la maladie était particulièrement virulente. Puis le fait que ces symptômes – fatigue, difficultés de concentration ou de gestion des émotions, troubles psychologiques – sont précisément ceux qui perdurent dans les cas de covid long. De récentes études ont en outre confirmé que le virus pouvait effectivement causer une inflammation dans le cerveau. Toutefois, il a aussi été montré que les personnes souffrant de symptômes cognitifs persistants présentaient plus souvent des antécédents de difficultés psychologiques, suggérant que le covid joue plutôt un rôle de déclencheur ou d'amplificateur que de cause directe. De surcroît, la piste immunitaire ne suffit pas à expliquer à elle seule l'ampleur des troubles psychologiques observés.

« Pour préserver votre souveraineté, vous devez coopérer avec les autres pays et fixer des règles. »

Les enquêtes épidémiologiques ont aussi mis en lumière d'importantes disparités entre individus dans leur capacité à faire face?

Effectivement, certaines catégories de population ont vu leur santé mentale plus fortement dégradée. Parmi eux, les soignants, chez qui on a recensé des cas de stress post-traumatique. Même s'ils étaient applaudis chaque soir, beaucoup ont subi l'ostracisme de leurs voisins, terrorisés à l'idée d'être contaminés. À l'échelle démographique, ce sont les femmes et les adolescents qui ont été les plus fortement impactés, soit deux groupes davantage sujets en temps normal au risque de dépression et de troubles anxieux. Le mal-être des enfants a aussi augmenté. Plusieurs facteurs semblent en cause: la perte du lien avec leurs copains, le manque d'activité physique, l'inadaptation des enseignements à distance, mais surtout le bouleversement de voir leurs propres parents ébranlés par la crise. Enfin, la pandémie a mis en lumière l'impact considérable des inégalités sociales puisque faire partie des catégories défavorisées – chômage, précarité, mal-logement, isolement social – a été statistiquement associé à un risque accru de tomber malade, de décéder, ainsi que de développer des troubles psychologiques.

«*Nous sommes en guerre*», affirmait le président Emmanuel Macron en mars 2020. Sur le plan psychologique, l'impact du covid a-t-il été comparable à celui d'un conflit armé?

La pandémie nous a rappelé notre fragilité, individuelle et collective, et à quel point nous sommes des animaux sociaux, dépendants les uns des autres. Pour autant, le covid a représenté un traumatisme collectif d'une nature spécifique. Certes, nous avons été confrontés à la peur de mourir ou de voir nos proches décéder, et ce, de manière prolongée, ce qui implique un stress chronique, très différent sur le plan de la santé mentale du stress aigu induit par un évènement ponctuel, comme une catastrophe naturelle. Mais quand une guerre survient, les gens ont tendance à réagir en mobilisant leurs ressources: ils se sentent combatifs, unis, et développent des formes de solidarité. Il arrive souvent que leur santé mentale soit temporairement préservée et qu'ils ne s'effondrent qu'après, en réalisant tout ce qu'ils ont perdu. Au contraire pendant la pandémie, les indicateurs se sont tout de suite dégradés car nous nous sentions profondément impuissants. Beaucoup ont d'ailleurs cherché à se rendre utiles – en cousant des masques pour les soignants, ou en faisant les courses pour ses voisins âgés – pour retrouver une capacité d'agir.

Quatre ans après le début de la pandémie, les indicateurs de santé mentale sont-ils revenus à la normale?

Dans la population générale, c'est globalement le cas, mais pas chez les jeunes, chez qui on observe toujours des

niveaux extrêmement élevés de difficultés psychologiques, avec notamment de nombreux passages aux urgences pour tentative de suicide. Les causes de cette persistance sont difficiles à identifier puisque parmi les jeunes qui vont mal, on compte aussi bien des jeunes adultes qui ont vécu leur adolescence en pleine pandémie, que des préadolescents de 13-14 ans dont la vie avait pourtant été moins bouleversée. Difficile donc d'imputer entièrement leur mal-être au covid, d'autant que nous vivons actuellement dans une ambiance plutôt inquiétante, entre la guerre en Ukraine, à Gaza, et la crise climatique… Certains pédopsychiatres pensent en outre que les confinements ont pu jouer un rôle direct dans l'augmentation des cas de refus scolaire anxieux ou «phobie scolaire», en banalisant la déscolarisation.

N'y a-t-il pas aussi des personnes pour qui la pandémie a représenté une opportunité?

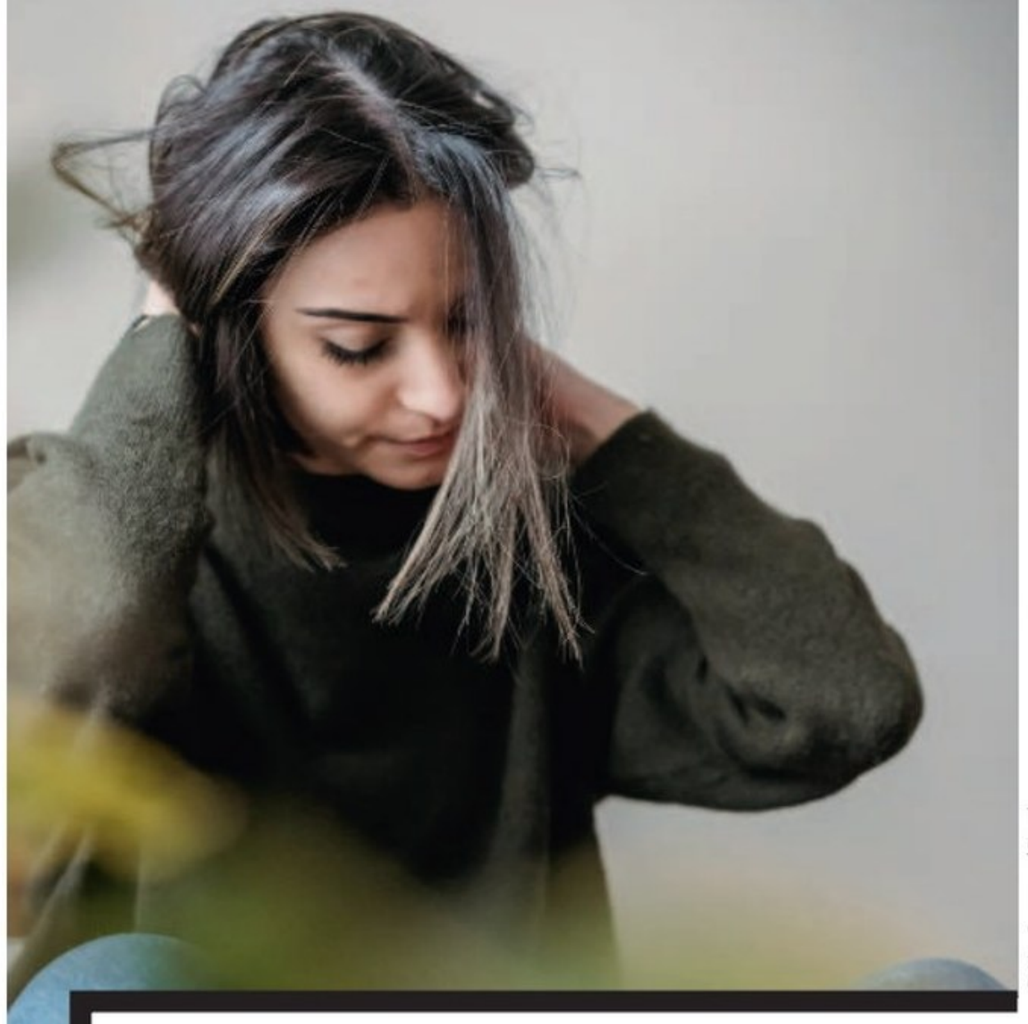
Tout à fait, le covid a pu servir de déclencheur pour changer de vie, déménager, changer de travail, on l'a notamment beaucoup vu chez les soignants, qui ont été nombreux à quitter l'hôpital. De manière encore bien plus large, cette crise sanitaire a accéléré la réflexion sur la place du travail dans la vie, notamment chez les jeunes, avec de nouvelles attentes relatives à la qualité de vie au travail, à la conciliation entre vie familiale et professionnelle. Le télétravail s'est aussi beaucoup développé, avec des impacts variés sur la santé mentale, car cette modalité peut aussi renforcer l'isolement, le stress et le surmenage des employés.

En définitive, sommes-nous aujourd'hui mieux armés pour faire face à la prochaine crise?

C'est difficile à dire. Rappelons-nous le premier confinement, quand nous étions tous persuadés que le monde d'après serait différent. En réalité, l'individualisme et les inégalités n'ont jamais été aussi forts. Pour autant, nous avons beaucoup appris de cette pandémie. La téléconsultation et les premiers secours en santé mentale se sont beaucoup développés, avec des résultats très encourageants. L'enjeu de la santé mentale a aussi beaucoup gagné en visibilité, avec un nombre croissant de professionnels – à l'école, au travail, dans les institutions – qui souhaitent se former au repérage de la détresse psychologique. J'ignore donc si nous ferons face plus efficacement à la prochaine crise, mais au moins, nous saurons ce qu'il faudrait faire pour. ●

(1) Tibor V. Varga *et al.*, «Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic. A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans», *The Lancet Regiona Health Europe*, 19 janvier 2021.

PROPOS RECUEILLIS PAR BÉATRICE KAMMERER



© Liza Summer / Pexels

SANTÉ MENTALE
L'aiguillon covid

«*Parce qu'il nous a tous mis à mal, le covid a eu le mérite de briser le tabou sur la santé mentale*», assure Nolwenn Regnault, épidémiologiste à Santé publique France. Ce n'est pas la première fois qu'une crise joue le rôle d'accélérateur: en 2003, la canicule avait précipité la mise en place du système de surveillance sanitaire dynamique OSCOUR, reportant les motifs de passage aux urgences. On a pu dès le début de la pandémie suivre l'évolution des prescriptions de psychotropes et des tentatives de suicide. Comme l'état psychologique d'une population ne se limite pas aux manifestations paroxystiques, Santé publique France a lancé en mars 2020 l'enquête «Coviprev», pour interroger de manière réitérée des échantillons représentatifs d'adultes sur leur vécu de la pandémie. À cela se sont ajoutées des études sur de larges cohortes, moins fréquentes mais plus approfondies: «Epicov», menée par l'Inserm et la Drees, qui a interrogé 371000 personnes de plus de 15 ans sur leurs conditions de vie durant le covid; et «Enabee», mise en place par Santé Publique France en 2022 pour évaluer la santé mentale de 30000 enfants de 3 à 11 ans. Une autre avancée de la pandémie dont se félicite Nolwenn Regnault: «*La France ne disposait jusque-là d'aucun système national de surveillance de la santé mentale des enfants.*» Les premiers résultats d'«Enabee» ont établi à 5,6% la proportion d'enfants concernés par un trouble émotionnel durant la crise sanitaire. Néanmoins, «*la persistance du mal-être chez les jeunes reste une énigme. On ne comprend pas pourquoi elle touche principalement les filles, ni le rôle de la pandémie par rapport aux autres facteurs socioéconomiques, individuels et contextuels*», conclut l'épidémiologiste, qui aimerait que la collecte de données de santé mentale soit élargie aux consultations de médecine générale et de psychologie. ● **B.K.**

L'ÉCOANXIÉTÉ

Un troublant mal de Terre

Le réchauffement climatique fait naître un nouveau mal-être : l'écoanxiété. Bien réel pour celles et ceux qui l'éprouvent, il peine à trouver sa place dans le paysage des troubles mentaux.

Dômes de chaleur, incendies et inondations gigantesques, spectaculaire fonte des neiges, épuisement des ressources planétaires un peu plus tôt chaque année… N'en jetez plus, la coupe est pleine ! L'écoanxiété (contraction d'écologie et d'anxiété), ainsi baptisée et théorisée en 1997 par Véronique Lapaige, chercheuse en santé publique belgo-canadienne, peut se définir comme un état d'anxiété face à une terre nourricière qui elle aussi souffre et semble vouée à mourir. En 2003, le philosophe australien Glenn Albrecht crée le néologisme « solastalgie » (du latin *solacium*, réconfort, et du grec *algia*, relatif à la douleur) après avoir observé l'accablement des habitants de la Hunter Valley face à leur environnement dégradé par une mine de charbon à ciel ouvert. Un état de déprime qu'il décrit comme « *un mal du pays sans exil* ». Anxiété, tristesse mais aussi colère (on parle désormais aussi d'écocolère) : l'écoanxiété recouvre bien des émotions, isolées ou superposées, et peine à trouver sa définition exacte.

TROUBLE, PATHOLOGIE OU SAINE LUCIDITÉ ?

Pour l'heure, l'écoanxiété ne figure pas dans le *DSM*, bible internationale des troubles mentaux. L'APA (American Psychological Association) l'a néanmoins évoquée en

2017 dans un rapport consacré à l'impact du changement climatique sur la santé mentale en précisant qu'il pouvait accroître les pathologies existantes telles les addictions, l'anxiété et la dépression. En France, des psychothérapeutes ont fait de la prise en charge de l'écoanxiété une de leurs priorités, à l'instar de Pierre-Éric Sutter, psychothérapeute cofondateur, en 2018, de l'Observatoire des vécus du collapse (Obveco). La littérature psy abonde elle aussi désormais en ouvrages qui abordent cette question. Si l'écoanxiété est bel et bien une souffrance psychologique, elle ne ressemble à aucune autre, car elle s'appuie sur une réalité tangible. Là-dessus, les experts s'accordent. Des chercheurs australiens et néozélandais précisent que «*l'anxiété liée au changement climatique est une réponse rationnelle compte-tenu de la gravité de la crise*» et alertent sur un danger de pathologisation des réactions émotionnelles à la crise environnementale. Ils ont mis au point une échelle de mesure de l'écoanxiété appelée «échelle de Hogg» qui permet de mesurer scientifiquement l'intensité de ce mal-être (1). Alice Desbiolles, médecin en santé publique, chercheuse et épidémiologiste, parle de «stress prétraumatique» lié au décalage entre la conscience saine et lucide d'un monde en danger et une vie collective où tout se passe comme si de rien n'était: «*Les personnes écoanxieuses sont,* in fine, *les personnes rationnelles et lucides dans un monde qui ne l'est pas* (2).» Mal dans leur peau mais pas malades, les écoanxieux? La question reste (presque) entière, mais la recherche poursuit ses travaux.

LES JEUNES, MAIS PAS SEULEMENT!

Les manifestations de l'écoanxiété sont multiples. Les psychiatres Antoine Pelissolo et Célie Massini rapportent des attaques de panique, des angoisses, des insomnies, des pensées obsessionnelles, des troubles alimentaires et tout un spectre d'émotions qui gâchent le quotidien: peur, tristesse, sentiment d'impuissance, désespoir, colère (3). Karine Saint-Jean, psychologue elle-même rescapée de l'écoanxiété, décrit des charges émotionnelles si fortes chez certaines personnes qu'elles s'imaginent des scénarios catastrophe qui paralysent leur quotidien et les isolent de leurs proches, médusés par l'ampleur de leurs émotions (4). L'écoanxiété touche-t-elle en majorité les ados et jeunes adultes, en toute logique les plus susceptibles de vivre encore de longues décennies? La plus grande étude universitaire internationale jamais réalisée portait sur 10 000 jeunes de 16 à 25 ans de 10 pays différents. 60% des sondés déclaraient être très ou extrêmement inquiets du changement climatique, 75% estimaient leur futur effrayant et 1 sur 2 disait se sentir peiné, anxieux, en colère, démuni ou coupable. En France, une enquête menée par l'Obveco fin 2022 (5) auprès de 5705 personnes révèle que 2,5 millions de Français (5% de la population) sont fortement écoanxieux, au point d'être «*en état de devoir consulter un psychothérapeute*». Hormis les retraités, toutes les classes d'âge sont concernées.

UNE PRISE EN CHARGE TÂTONNANTE

Psychologue clinicienne et coauteure d'un guide thérapeutique pour apprivoiser son stress climatique, *Dépasser son écoanxiété* (Eyrolles, 2024), Élodie Georges reçoit de plus en plus d'ados, jeunes adultes et parents écoanxieux et s'est beaucoup interrogée sur la manière de les aider:

L'écoanxiété est une souffrance psychologique qui s'appuie sur une réalité tangible.

«*Mes outils habituels pour traiter l'anxiété ne fonctionnent pas: l'écoanxiété n'est pas un trouble, on n'est pas malade d'être conscient de ce qui se passe sur la planète. En revanche, on a besoin d'aide quand ces angoisses sont si intenses que la souffrance s'installe.*» Alors, elle utilise la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT). «*Ceux qui sont en colère et s'engagent dans des associations par exemple y trouvent souvent un moyen très salvateur de se mettre en mouvement et de donner du sens à ce qu'ils vivent*», précise-t-elle. L'Obveco propose une transposition culturelle française de l'échelle de Hogg, validée scientifiquement, pour qu'un diagnostic précis des écoanxieux puisse être effectué par des professionnels de santé. Mais nous n'en sommes qu'aux prémices.

(1) Teaghan Hogg *et al.*, «Validation of the Hogg Climate Anxiety Scale», *Climatic change*, vol. 177, 2024.
(2) Alice Desbiolles, *L'Écoanxiété. Vivre sereinement dans un monde abîmé*, Fayard, 2020.
(3) Antoine Pelissolo et Célie Massini, *Les Émotions du dérèglement climatique*, Flammarion, 2021.
(4) Karine Saint-Jean, *Apprivoiser l'écoanxiété et faire de ses écoémotions un moteur de changement*, éd. de l'Homme, 2020.
(5) Observatoire de l'écoanxiété (Obseca), enquête «L'écoanxiété en France», 2023 (en ligne).

ANNE-CLAIRE THÉRIZOLS

© Brooke DiDonato

MIGRANTS
Panser les plaies de l'exil

L'hôpital Avicenne de Bobigny (Seine-Saint-Denis) a une longue tradition en matière de psychiatrie transculturelle. La consultation psychotraumatisme accueille des exilés, victimes de guerre ou de tortures, dans le respect de leur culture.

Pour les couturiers de l'atelier Filao, organisé par la consultation de psychotraumatismes et maltraitance de l'hôpital Avicenne de Bobigny (Seine-Saint-Denis), le jeudi après-midi, c'est sacré! Une des participantes, caissière, a même posé sa demi-journée. Il est 14 heures, et les habitués arrivent au compte-gouttes dans la salle, louée à la paroisse voisine. Ils installent les machines à coudre mises à leur disposition sur les tables disposées en U. Madame R., sanglée dans son sari carmin, s'excuse dans un français très hésitant: elle est venue avec son fils de 3 ans, Veeran (les noms ont été modifiés). Il a de la fièvre, elle n'a pas osé l'envoyer à l'école. «*Pas de souci! On le connaît depuis qu'il est né, Veeran, c'est peu notre mascotte!*», tranche gentiment Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky. Chercheuse en anthropologie et psychologue clinicienne à l'hôpital, la grande brune anime avec deux autres psychologues cet atelier thérapeutique proposé aux patients suivis dans le cadre la consultation psychotrauma: ils sont une huitaine chaque semaine à faire chauffer les machines.

Des interprètes reformulent les paroles du thérapeuthe afin d'accéder aux systèmes de sens du patient.

Madame R. extrait de son sac un épais tissu gris, qu'elle commence à ourler: c'est un tapis de jeu pour son petit garçon. À ses côtés, son amie, Madame K. s'attelle à une paire de rideaux. Été comme hiver, la quadragénaire arbore des lunettes de soleil et un foulard noué autour du cou. Cette ancienne combattante de la mouvance des Tigres tamouls, engagée adolescente, garde sur le corps les stigmates de la guerre civile qui a déchiré son pays, le Sri Lanka, entre 1983 et 2009. «*C'est pour elle, à l'origine, qu'on a créé l'atelier en 2021, elle disait toujours: "Je voudrais bien coudre..." Mais aujourd'hui, ce sont les patients qui font vivre cet atelier!*», précise Marie-Caroline Saglio, en jouant au foot avec Veeran pour éviter qu'il passe sa séance sur TikTok. Les patients se déplacent librement dans la salle, parfois échangent quelques paroles concernant leurs créations.

Au fond, de la pièce, une toute jeune femme tamoule s'active en silence. Un mariage violent l'a traumatisée... Elle a gardé son masque, qu'elle n'ôte jamais. Pour Monsieur H. aussi, le regard de l'autre est difficile à soutenir depuis les terribles sévices endurés durant son enfance au Pakistan. Comme à son habitude, le quinquagénaire s'est assis face au mur, dos au groupe. Cette configuration un peu spéciale n'empêche pas l'ancien couturier professionnel, chef officieux d'atelier, de dispenser ses conseils avisés.

«RENARCISSISER L'IMAGE DE SOI»

L'isolement social, les troubles du sommeil, de la concentration, de la régulation émotionnelle, l'hypervigilance ou encore la dépression figurent parmi les principaux symptômes du psychotraumatisme, explique Héloïse Marichez, psychologue depuis vingt ans à Avicenne. Cet espace intermédiaire de soin et de socialisation, entre l'hôpital et le dehors, permet aux patients d'apprendre à apprivoiser l'extérieur, et doucement à retisser le lien social, intercommunautaire, notamment. Un moyen aussi «*de renarcissiser l'image de soi à travers la réalisation d'objets concrets*».

© Philippe Lissac /Godong/Getty

Au fil des ateliers, les psychologues assistent à de véritables métamorphoses. Madame K., par exemple, a beaucoup changé. «*Au début, elle ne cousait que pour les autres et, progressivement, elle a commencé à se faire des choses pour elle. Aujourd'hui, elle taille des pièces avec un petit décolleté, des froufrous… Elle réinvestit le rapport à son corps*», relate Victoria Lotz, psychologue. Monsieur H. aussi s'est beaucoup ouvert. «*À son arrivée, il était apeuré et plein de bizarreries de comportement. Aujourd'hui, il parle à tout le monde, il rit. En séance, il m'a confié plusieurs fois que le groupe lui faisait du bien. L'atelier lui a vraiment permis d'avancer!*», se réjouit Héloïse Marichez. Inspiré par l'antipsychiatrie et la psychiatrie institutionnelle, l'atelier Filao s'inscrit dans le cadre du travail original mené depuis une cinquantaine d'années par l'hôpital balbynien dans la prise en charge des troubles mentaux des personnes exilées. Le psychologue Tobie Nathan a créé en 1979 à Avicenne la première consultation d'ethnopsychiatrie de France sur la base des travaux de Georges Devereux. Le psychanalyste et anthropologue franco-américain, considéré comme le père fondateur de l'ethnopsychiatrie, rappelle que dans les systèmes thérapeutiques traditionnels, les causes de la maladie sont imputées à l'action d'invisibles (les djinns), à des violations de tabous ou encore des attaques de sorcières. Un système de sens que le psychologue doit comprendre et intégrer à sa thérapie s'il veut avoir une chance de soulager son patient. Son approche comparatiste vise à ainsi à proposer deux regards sur un phénomène ou un symptôme: «*Celui de l'ethnologue (qui retranscrit le discours "indigène") et celui du psychanalyste (qui dispose d'une grille d'interprétation universelle des mécanismes psychiques, et la met à l'œuvre*) (1).»

Dans les années 2000, l'ethnopsychiatrie a été accusée par une frange de la profession d'enfermer le patient sans sa culture, et aujourd'hui l'équipe de Thierry Baubet, qui dirige la consultation psychotrauma d'Avicenne, préfère parler d'approche "transculturelle" (*lire entretien p. 21*). «*Le soignant doit pouvoir dialoguer avec la culture de l'autre, c'est une des voies importantes pour comprendre la maladie mentale*», résume Marie-Caroline Saglio.

L'équipe de la consultation psychotraumatisme suit plusieurs centaines de personnes du Nord de Paris et de l'Île-de-France. Nombre d'entre eux sont réfugiés, demandeurs ou déboutés du droit d'asile, en proie à de grandes difficultés administratives et matérielles. Les violences traversées pendant leur voyage, puis à leur arrivée en France – certains vivent à la rue – viennent s'ajouter aux sévices endurés dans leur pays d'origine. Pour eux, la consultation est la promesse d'un premier répit.

Dans beaucoup de cultures, les troubles psychiques sont associés aux forces occultes. «*En Inde, si le spectre de la folie s'abat sur quelqu'un, c'est toute la lignée qui est visée*», poursuit Marie-Caroline Saglio. L'équipe cherche à tout prix à éviter cette stigmatisation. Les patients sont accueillis par un psychologue, et c'est lui qui décide de les orienter ou non vers un psychiatre.

«*Le psychotrauma n'est pas une maladie,* insiste Marie-Caroline Saglio, *mais une immense violence faite à l'humain. Le travail autour de la langue et la culture du patient ouvrent d'autres voies que la prise de médicaments…*»

La plupart des 4000 consultations annuelles ont lieu dans une autre langue que le français. Des interprètes, formés à la médiation vont non seulement traduire, mais aussi reformuler les paroles du thérapeute afin d'accéder aux systèmes de sens du patient. «*Le choix des images, la gestion des émotions ou encore la manière de s'adresser aux aînés ou aux plus jeunes varient fortement d'une culture à l'autre…*», explique Jean-Baptiste Colle, psychologue pour enfants et adolescents.

Les psychologues sont formés à la psychiatrie transculturelle. Il n'est pas rare que certains patients traversent des épisodes de transes ou de possession. «*Il faut alors chercher à comprendre ce que signifie le symptôme pour le patient en tant qu'individu, mais aussi dans sa culture*», explique Thierry Baubet.

Victoria Lotz n'hésite pas à «*mobiliser du matériau transculturel*» pour mieux dénouer certains nœuds. Comme avec ce patient ivoirien traumatisé par la mort de sa famille. «*Il se désolait de ne pas avoir pu organiser le rite mortuaire de la sadaka, où les proches offrent de la nourriture au défunt. Je lui ai proposé de l'organiser. On a apporté de la nourriture qu'on a partagée avec l'interprète.*»

Face aux cas les plus complexes, l'équipe peut compléter la prise en charge individuelle par des thérapies collectives. Un thérapeute principal mène l'échange avec le patient. Des collègues, issus d'autres cultures ou ayant d'autres expériences, réagissent aux propos du patient en mobilisant leurs propres références. «*Par exemple, on peut dire "s'il se passait cela chez moi, on dirait cela"*, précise Héloïse Marichez. *Il s'agit de créer un espace de dialogue entre les cultures afin de permettre au patient de trouver quelque chose qui a du sens.*»

La gestion des émotions, la manière de s'adresser aux aînés ou aux plus jeunes, varient d'une culture à l'autre.

Malheureusement, depuis quelques années, les moyens viennent à manquer pour mener ce type de thérapie…

Avicenne reçoit aussi des adolescents, parmi lesquels des jeunes isolés et des enfants dont les proches ont parfois tendance à sous-estimer le traumatisme: «*Certains parents me disent, "il n'a pas pleuré pendant la traversée", "il n'est pas traumatisé car il n'a pas compris" ou "j'étais enceinte"*, raconte Jean-Baptiste Colle. *Mais bien sûr c'est faux: même s'ils n'ont pas encore eu accès à la parole, les enfants aussi sont touchés.*»

À l'instar de ce bébé angolais, ébouillanté avec ses grands frères et grandes sœurs dans un règlement de compte intrafamilial. «*Chaque fois que sa mère racontait l'événement, il touchait son ventre*», raconte sa collègue Célina Heleno. Avec les petits, le travail passe souvent par le dessin, le jeu, le théâtre, le suivi par un psychomotricien… Après un an de suivi individuel et collectif au sein de la consultation, le petit garçon et sa fratrie ont retrouvé une vie d'enfants.

«CICATRISER LES BLESSURES INTÉRIEURES»

Dans la plupart des cas, le psychotrauma ne s'oublie pas, mais on peut en mettant des mots dessus essayer d'apprendre à vivre avec. Emprisonné pendant de longues années, le patient d'origine tamoule reçu ce matin par Marie-Caroline Saglio commence à parler de ce qu'il a subi. Elle est contente qu'il le fasse, même si c'est déstabilisant. «*"On m'a torturé pendant des mois en prison, on a tué toute ma famille, j'étais esclave…" En psychotrauma, ce que les patients ont à dire est énorme. Notre rôle est d'attester de l'importance de cette parole puis, ensemble, d'essayer de trouver des solutions. Je leur dis: "Je vais essayer de vous aider à suturer, puis à cicatriser les blessures intérieures. Leurs traces ne disparaîtront pas, mais elles ne feront plus mal quand on les touchera."*»

Beaucoup de patients finissent par trouver l'apaisement comme plusieurs participants de l'atelier Filao. Dans son pays, la Guinée-Conakry, Monsieur D. a été persécuté par le régime. Quand il est arrivé, il était très fragilisé. Aujourd'hui, ses joues rondes et son sourire font plaisir à voir. Et s'il est toujours en attente de papiers, il a un toit sur la tête et a recommencé à travailler.

Il est déjà 17 heures. Les couturiers remballent les machines, se saluent et échangent quelques mots. Le 27 juin, «*c'est la grande fête*». Ce sera la dernière séance dans ces locaux. Marie-Caroline Saglio, visiblement émue, ferme la salle. Elle a troqué sa tenue de ville pour un splendide pantalon en wax: «*C'est un cadeau de Monsieur D. C'est un geste très fort. Il a été mon patient pendant deux ans, je l'ai connu allant très très mal, et aujourd'hui, il reprend pied, il reprend plaisir à la vie!*»

(1) *Le Dictionnaire des sciences humaines*, éd. Sciences Humaines, 2004.

Pour aller plus loin

- «Repriser le "troumatisme", retisser le lien. L'atelier thérapeutique de couture FILAO» Maud Delahaye *et al.*, *L'Autre*, vol. 23, 2022/2.
- *La Voix de ceux qui crient. Rencontre avec des demandeurs d'asile* Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Albin Michel, 2018.

CÉCILE PELTIER

ENTRETIEN AVEC **THIERRY BAUBET**

© Collection personnelle

« ICI, NOUS VEILLONS À NE PAS RACIALISER. »

Depuis quarante-cinq ans que l'ethnophychatrie se pratique à l'hôpital Avicenne de Bobigny, les approches ont beaucoup changé. Le métissage culturel compte aujourd'hui plus que l'origine.

Comment l'hôpital Avicenne est-il devenu une référence en matière d'ethnopsychiatrie?

Le psychiatre Serge Lebovici, à l'origine du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent d'Avicenne dans les années 1970, s'est rapidement trouvé face à une population multiculturelle. En quête d'éclairages, il a fait venir Tobie Nathan, qui a créé en 1979 la première consultation d'ethnopsychiatrie de France sur la base des travaux du psychanalyste et anthropologue franco-américain Georges Devereux.

Que dit Georges Devereux?

Pour lui, un fait, un comportement ou un symptôme ne peuvent être réduits à une compréhension uniquement psychanalytique ou anthropologique, mais doivent forcément être appréhendés successivement sous ces deux angles. C'est ce qu'il a appelé la méthode complémentariste.

Par exemple, un thérapeute confronté à un patient en état de transe ou de possession – un état banal dans certaines régions – doit se demander, d'une part, «*que signifie ce phénomène pour cette personne en tant qu'individu?*» Et d'autre part, «*qu'est-ce que cela signifie dans sa culture?*» Il n'y a qu'à travers la confrontation de ces deux grilles de lecture (collective et singulière) qu'on peut comprendre ce qu'il y a de plus intime chez la personne. Georges Devereux avait appliqué cette méthode en consultation individuelle. À Avicenne, Tobie Nathan l'a développée aussi à des consultations de groupe avec la famille et les proches.

Que reste-t-il aujourd'hui de cet héritage?

Ces travaux de Tobie Nathan datent de la fin des trente glorieuses, dominée par l'émigration de travail et le regroupement familial. Depuis une quinzaine d'années, les problématiques migratoires ont beaucoup évolué. Les migrants, arrivés illégalement, traversent énormément de violences avant leur départ, sur la route et à l'arrivée, où ils sont notamment exposés au stress de la rue. Les symptômes aussi ont changé. On rencontre beaucoup de troubles psychotraumatiques, survenus à la suite d'un viol, d'une mort violente, mais également de plus en plus de psychotraumatismes complexes. Dans ces configurations, la violence, d'ordre intentionnel, se répète alors que celui qui la subit se trouve dans un état d'impuissance. Ces troubles s'accompagnent de modifications de la personnalité, de l'état affectif, du rapport aux autres ou encore de l'image de soi.

Comment répondez-vous à ces nouvelles problématiques?

Nous avons fait évoluer nos pratiques en prenant mieux en compte les réalités administratives et sociales que vivent les patients. Nous avons développé l'approche transculturelle en consultation individuelle, et pas seulement en groupe, avec un recours à des interprètes.

Quelle différence entre la psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychiatrie, assez critiquée?

Dans les années 2000, il a été reproché à Tobie Nathan d'enfermer les patients dans leur culture. À Avicenne, à la suite de Marie Rose Moro, nous avons pris nos distances avec certaines de ses pratiques. Aujourd'hui, nous sommes très vigilants à ne pas racialiser: ce n'est pas parce que quelqu'un est bambara ou kabyle qu'il pense comme ceci ou comme cela. On insiste beaucoup plus sur la question du métissage culturel: qu'est-ce qu'on prend? Qu'est-ce qu'on laisse d'une culture? Et qu'est-ce que cela fait que de se positionner subjectivement par rapport à cet héritage? Ce qui est beaucoup plus intéressant pour la thérapie que de ramener quelqu'un à sa culture. ● **PROPOS RECUEILLIS PAR C.P.**

Thierry Baubet est professeur de psychiatrie à l'université Sorbonne Paris-Nord et chef de service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie à l'hôpital Avicenne de Bobigny, AP-HP.

SCIENCES HUMAINES

BOUTIQUE EN LIGNE

NOS DERNIÈRES PUBLICATIONS

LE MENSUEL

N° 369 : parution 30/05/2024

N° 370 : parution 04/07/2024

N° 371 : parution 29/08/2024

LES GRANDS DOSSIERS

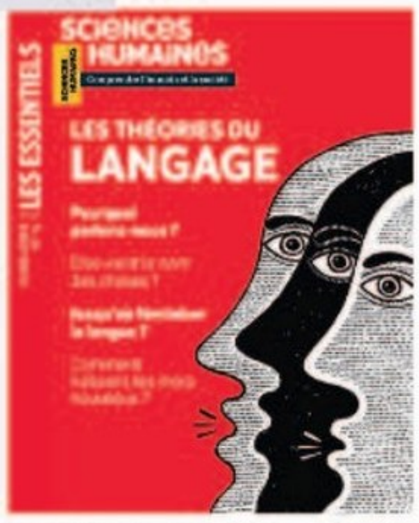
GDSH74 : parution 07/03/2024

GDSH75 : parution 07/06/2024

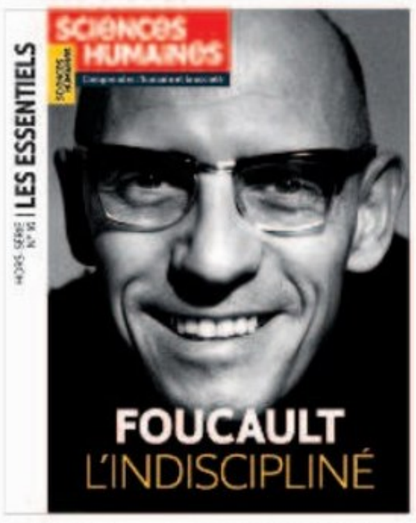
GDSH76 : parution XX/XX/2024

LES ESSENTIELS

ESS13 : parution octobre 2022



ESS15 : parution Octobre 2023



ESS16 : parution 17/04/2024

HORS-SÉRIE

HS30 : parution 24/07/2024

RETROUVEZ
TOUTES NOS PUBLICATIONS
SUR NOTRE SITE
WWW.SCIENCESHUMAINES.COM

POUR DÉCOUVRIR NOS DERNIERS LIVRES, C'EST ICI :
HTTPS://WWW.SCIENCESHUMAINES.COM/EDITIONS/

GAGNEZ
DU TEMPS,
SCANNEZ
CE QRCODE

Enquête

84 **Rentrée littéraire : Peut-on encore vivre de sa plume ?**
Entretien avec Cécile Barth-Rabot

Expositions

90 **Créer à l'âge de l'atome**
Entretien avec Maria Stavrinaki

94 **Les zombis, des morts bien vivants**
Entretien avec Philippe Charlier

Actus

97 **Théâtre**
97 **BD**
98 **Mooc**
98 **Sur le web**
98 **Podcast**

Dany Laferrière, *L'énigme du retour*, 2023, coll. particulière Dany Laferrière.

ÉDITION

Rentrée littéraire

PEUT-ON ENCORE VIVRE DE SA PLUME ?

Si quelques noms de la littérature française brillent dans les médias et vivent confortablement, la majorité des écrivains connaissent précarité et insécurité financière. Une situation que l'économie de l'édition ne semble pas en mesure de réguler.

Pas moins de 459 nouveaux romans. À l'occasion de la rentrée littéraire, les écrivains, députés ou primoromanciers, attirent plus que jamais l'attention des médias. Leurs voix se font entendre sur les ondes aux heures de grande écoute. Interviews, recensions et photos flatteuses emplissent les pages des magazines. On aurait tort pourtant de les prendre, tous et toutes, pour des stars. La réalité est généralement moins brillante, ou du moins plus contrastée. Témoins, deux récits autobiographiques récents qui portent, plus ou moins directement, sur le statut d'écrivain en France. Et qui apportent des éclairages radicalement différents, voire contradictoires.

ÉCRIVAIN ET TRAVAILLEUR DE FORCE

À lire *Monique s'évade* d'Édouard Louis (Seuil, 2024), la situation de l'écrivain paraît triomphale. Grâce à son activité littéraire, l'auteur-narrateur a pu franchir les frontières de classe. Auteur de best-sellers traduits dans une trentaine de langues, l'enfant d'une famille pauvre du Nord désindustrialisé vit désormais dans un appartement parisien où il consacre ses journées à l'écriture, quand il n'est pas invité à donner des conférences à l'étranger. Mieux encore, et c'est là le sujet du livre, il est en mesure d'aider sa mère, maltraitée par son nouveau compagnon. Ce qui retient notre attention ici, c'est le portrait de l'écrivain en parangon de la réussite sociale. Voilà qui fait écho dans l'imaginaire français où persiste au 21e siècle une figure balzacienne, comme le rêve d'un Rubempré (1) qui aurait déjoué l'échec. Quoique la réalité éditoriale vienne, de temps en temps, y apporter quelque crédit, c'est une figure largement mythologique.

> La figure de l'écrivain à succès s'avère, dans les faits, largement mythologique.

Car si Édouard Louis a pu accéder par sa plume à un certain confort bourgeois, il n'est nullement représentatif de ce que vivent concrètement l'écrasante majorité des auteurs de littérature en France. Ancien photographe (notamment pour *Libération*, *Les Inrocks*), Franck Courtès en apporte la preuve dans son dernier récit autobiographique, *À pied d'œuvre* (Gallimard, 2023). Éditeur ultraconvoité, prix de la Société des gens de lettres (SGDL), passages à l'émission *La Grande Librairie* (France 5)..., l'auteur semble cocher toutes les cases de la réussite. Toutes, sauf une, cruciale, celle de la rémunération. Alors qu'il empochait chaque mois «*deux ou trois smic*» pour ses photoreportages, Franck Courtès «*paie cher*» sa nouvelle vocation littéraire, raconte-t-il depuis le studio maternel mal chauffé où il a trouvé refuge. Son premier titre (2) a conquis autour de 5000 lecteurs, un petit succès qui l'encourage à poursuivre, mais ne permet pas de

© deagreez / AdobeStock

De gauche à droite: Édouard Louis, Isabelle Jarry, Franck Courtès, Vincent Message.

vivre. Quelques chiffres: à 10% de droits d'auteur sur un ouvrage vendu 20 euros (on simplifie), Franck Courtès aura perçu pour ce premier livre quelque 10000 euros. Somme coquette s'il s'agit d'arrondir des fins de mois déjà assurées, mais dérisoire en tant que telle, surtout à Paris. Comment consacrer chaque matinée à son œuvre? Pour subsister, c'est-à-dire payer sa nourriture *discount*, ses produits d'hygiène, un minimum d'électricité et un forfait téléphonique, l'écrivain se mue chaque après-midi en travailleur de force, prêt à transporter des sacs de gravats, monter des étagères ou tondre la pelouse. Son tarif: vingt ou trente euros la demi-journée.

En trente ans, le nombre de nouveautés a triplé, mais le lectorat n'a pas suivi.

Alors qu'Édouard Louis campe un personnage de transfuge de classe en fulgurante ascension, Franck Courtès se pose, lui, en déclassé. La symétrie est frappante: alors qu'Édouard Louis écrit sur le secours décisif qu'il est en mesure d'apporter à sa mère, Franck Courtès souffre de ne pas pouvoir aider financièrement ses fils adolescents. Quoiqu'extrême, la situation évoquée dans *À pied d'œuvre* illustre l'ambivalence du statut de l'écrivain contemporain, doté par sa plume d'un capital symbolique considérable, mais le plus souvent d'un capital économique médiocre ou faible.

De fait, l'édition ne fait pas la part belle aux auteurs. En trente ans, le nombre de nouveautés a triplé; le lectorat n'a pas suivi. Inexorablement, les ventes et le tirage de chaque titre se réduisent. Dans les années 1980-1990, se souvient Isabelle Jarry, romancière (3) et administratrice à la Scam (société d'auteurs), «*il existait une sorte de classe moyenne d'écrivains qui vendaient entre 8000 et 20 0000 exemplaires.*

De gauche à droite: © Bertrand Rindoff Petroff / Getty Images, © Collecction personnelle, © Francesca Mantovani / Gallimard, © Olivier Dion / LH / opale.photo

J'en faisais partie. Désormais, nos livres ne dépassent pas les 3000 exemplaires». Dans la filière, on diagnostique un phénomène de «best-sellerisation».

PRESTIGE ET PRÉCARITÉ

Effet des réseaux sociaux? Chaque année, quelques livres raflent la mise et conquièrent plusieurs centaines de milliers de lecteurs; les autres demeurent bien en deçà d'un seuil de revenu minimal pour l'auteur. Parallèlement, la fabrication matérielle d'un livre (malgré la hausse récente des coûts du papier) a globalement baissé. Les éditeurs choisissent de publier un plus grand nombre de titres, quitte à concentrer les efforts de diffusion et de promotion sur les plus «prometteurs» – en termes de ventes, s'entend. Résultat: beaucoup de romans, fruits d'années de travail, même appréciés par la critique et par une poignée de lecteurs, ne dépassent pas le millier d'exemplaires imprimés.

Beaucoup de romans, fruits d'années de travail, ne dépassent pas le millier d'exemplaires.

À 10% environ de droits d'auteur, l'équation économique impose donc aux écrivains des «*activités connexes*», explique la sociologue Cécile Barth-Rabot, codirectrice de *Profession? Écrivain* (*lire entretien p. 89*), une enquête qualitative parue dans le prolongement du travail quantitatif mené par le ministère de la Culture et le Centre national du livre (CNL) sur «La situation économique et sociale des auteurs du livre» **(4)**. Développés depuis une quinzaine d'années, les ateliers d'écriture en milieu scolaire, interventions en festivals et autres lectures publiques en médiathèques apportent quelques centaines d'euros ici et là, ponctuellement, permettant ainsi à un tiers des auteurs de littérature de vivre, très chichement et de façon précaire, de

leur activité. Le «jackpot», indique Cécile Barth-Rabot, ce sont «*les résidences à 2000 euros pendant six mois ou au maximum un an*», l'équivalent d'un CDD. À ce tarif, la richesse demeure intérieure… À condition de la préserver, car ces activités, parfois stimulantes par les rencontres qu'elles ménagent avec le public, s'avèrent aussi chronophages. «*C'est à l'auteur de démarcher pour exister un peu, je l'ai fait et le ferai encore*», témoigne Ervé, ancien SDF et auteur d'*Écritures carnassières*, récit littéraire autobiographique vendu à quelque 10000 exemplaires et de *Morsures de nuit* (5). «*C'est un statut bâtard*», estime encore l'auteur, dont le succès a opportunément équilibré les comptes de sa maison d'édition. L'ancien SDF, quoiqu'il dorme désormais au sec, estime n'y avoir pour sa part «*pas trouvé de réinsertion*». L'autre option consiste à mener ce que le sociologue Bernard Lahire appelle, dans *La Condition littéraire* (6), une «*double vie*». D'après l'étude conjointe du ministère de la Culture et du CNL (7), les deux tiers des auteurs de littérature exercent en effet une autre profession (souvent en rapport avec l'écrit), plus rémunératrice mais aussi plus contraignante. Dès lors, le problème se déplace: «*Avec un emploi stable, je manquais de temps pour écrire*», confie le romancier Vincent Message, auteur dernièrement des *Années sans soleil* (Seuil, 2022). Coresponsable du master d'écriture créative à l'université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, l'universitaire s'est placé en disponibilité depuis 2020 et vit de façon «*plus précaire*», dit-il, entre l'écriture solitaire de romans et le travail en binôme sur des scénarios. Si nécessaire, il se réserve la possibilité de revenir à sa carrière universitaire.

Pourquoi alors le prestige social de l'écriture littéraire reste-t-il aussi grand? Selon Cécile Barth-Rabot, «*même les personnes qui lisent peu ou pas ont intégré une image prestigieuse de l'écrivain, liée pour eux aux figures des grands auteurs classiques qu'on leur a appris à admirer*». Nous gardons en tête Honoré de Balzac et Victor Hugo. Vincent Message, lui, a pu observer auprès de ses étudiants «*un biais perceptif*» ou «*biais rétroactif*» lié… à la connaissance de l'histoire littéraire. Quand on sait que le premier roman de Julien Gracq, *Au château d'Argol* (1938), ne s'est vendu qu'à 150 exemplaires, on tend à voir la précarité de l'écrivain comme une difficulté passagère ayant vocation à être surmontée. André Breton a repéré le premier opus de Gracq, qui a connu ensuite la reconnaissance littéraire. Mais tous les romanciers qui vendent quelques centaines d'exemplaires ne deviennent pas des écrivains à succès. ●

(1) Héros malheureux des *Illusions perdues* (1837) et de *Splendeur et misère des courtisanes* (1847) de Honoré de Balzac.
(2) Franck Courtès, *Autorisation de pratiquer la course à pied*, JC Lattès, 2013.
(3) Dernier roman paru: *In Paradisum*, Gallimard, 2019.
(4) Ministère de la Culture et de la Communication/Centre national du livre/People Vox, «La situation économique et sociale des auteurs du livre», 2016.
(5) Tous deux aux éditions Maurice Nadeau, 2022 et 2023.
(6) Bernard Lahire, *La Condition littéraire. La double vie des écrivains*, La Découverte, 2006.
(7) Ministère de la Culture et de la Communication/Centre national du livre/People Vox, *op. cit.*

ÈVE CHARRIN

ÉDITION
Les chiffres clés

22,5%
Pourcentage des ventes de livres de littérature.

10,7%
Part des droits d'auteur par rapport au chiffre d'affaires des éditeurs en 2023.

9%
Taux moyen de droits d'auteur par rapport au montant des ventes, en littérature générale sur les grands formats.

5%
Taux moyen de droits d'auteur par rapport au montant des ventes, en littérature générale sur les éditions de poche.

14%
Taux moyen de droits d'auteur par rapport au montant des ventes, en littérature générale sur les livres numériques.

30%
Pourcentage d'auteurs qui ne touchent pas d'à-valoir (avance non remboursable consentie par l'éditeur).

2/3
Proportion des auteurs qui perçoivent un à-valoir inférieur ou égal à 5000 euros.

Source : SNE + baromètre SCAM-SGDL 2023, enquête réalisée auprès de 1033 auteurs et autrices, tous genres confondus (littérature, jeunesse, BD, essai, théâtre…).

© Karina / Noun Project

© Collection personnelle

Entretien avec **Cécile Barth-Rabot**

«Pouvoir se définir comme écrivain.»

Les activités connexes, ateliers d'écriture, résidences, festivals, participent à la professionnalisation des auteurs.

Cécile Barth-Rabot, sociologue, a codirigé *Profession ? Écrivain* (CNRS éditions, 2017), un ouvrage sur la condition des écrivains dans la France d'aujourd'hui.. Rattachée au Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA), professeure de sociologie à l'université Paris-Nanterre, elle dirige le master des métiers du livre et de l'édition de cette université.

Être écrivain, est-ce une profession?
Ce n'est pas un métier comme les autres ! Publier de la littérature à compte d'éditeur – qui est un élément de définition du statut d'écrivain – ne requiert pas de formation particulière. Ce «métier» s'exerce rarement selon des horaires de bureau et, surtout, ne procure pas de revenu mensuel. Mais il apporte une reconnaissance sociale, et parfois professionnelle.

Rares sont les écrivains qui vivent de leurs droits d'auteur, non?
En effet, et les choses n'évoluent guère en faveur des auteurs. Le nombre de titres publiés s'accroît alors que la population ne lit pas davantage. Les tirages sont donc plus faibles. Résultat: depuis une quinzaine d'années, les ventes moyennes par titre ont baissé significativement, et avec elles les droits d'auteur qui en découlent (ils correspondent en général à 8 ou 10% du prix de vente). Des mobilisations collectives, portées par des sociétés d'auteurs et par le Conseil permanent des écrivains, ont conduit à quelques progrès. Par exemple, les éditeurs doivent désormais communiquer les chiffres de vente et régler les droits correspondants deux fois par an au lieu d'une seule. Mais ça ne va pas changer la vie d'un auteur qui vend 1500 exemplaires d'un roman et peut donc en tirer environ 3000 euros ! Les à-valoir, ces avances non remboursables sur les droits que consentent traditionnellement les éditeurs, tendent à baisser – quand elles existent. Les écrivains se sentent globalement de moins en moins bien considérés par leur éditeur. Finalement, de toute la chaîne du livre, des éditeurs aux libraires, c'est l'auteur qui gagne le moins et qui, sauf exception, ne vit pas de son activité.

Vous évoquez pourtant une tendance à la «professionnalisation» des écrivains. De quoi s'agit-il?
Parmi les écrivains, beaucoup doivent maintenir un autre métier (enseignement, journalisme, édition...). Mais certains arrivent à vivre de leur activité d'écrivain en multipliant les activités connexes: ateliers d'écriture, participation à des festivals, interventions à l'école ou à la médiathèque, résidences d'écriture. Ces activités sont, pour beaucoup, rémunérées, dans le cadre de politiques culturelles qui valorisent la littérature et sa diffusion sur le territoire. Ces prestations procurent à ceux qui y participent un revenu et une forme de reconnaissance professionnelle qui leur permet de se définir comme écrivains.

Un progrès?
La médaille a son revers. Chronophages, ces activités amènent les écrivains à consacrer temps et énergie à la représentation publique et l'animation culturelle... autant qu'à l'écriture elle-même. Surtout, ces activités sont ponctuelles et éphémères. Il faut donc sans cesse en chercher de nouvelles puis à chaque fois, monter un dossier, chercher à se vendre, pour percevoir 200 euros par-ci, 600 euros par-là, au mieux une résidence de quelques mois. La reconnaissance professionnelle va donc ici de pair avec la précarité. ●

PROPOS RECUEILLIS PAR È.C.

Photographie aérienne d'Hiroshima (Japon), peu après le largage de la bombe atomique «Little Boy», 1945.

EXPOSITION

Art moderne

CRÉER À L'ÂGE DE L'ATOME

La bombe nucléaire a bouleversé le destin de l'humanité. Une exposition au Musée d'art moderne donne à voir comment l'art des 20e et 21e siècles a investi l'imaginaire de l'atome.

« *Que ta première pensée au réveil soit: "Atome". Car tu ne saurais commencer ta journée dans l'illusion d'être entouré d'un monde stable. Demain peut ainsi être "quelque chose qui a déjà été": car nous, toi, moi, et nos compagnons humains, sommes "davantage mortels" et "davantage éphémères" que tous ceux qui, jusqu'à hier, étaient considérés comme mortels* (1). » Tel est un des «Commandements de l'âge atomique» du philosophe Günther Anders qui exprime avec force la rupture introduite dans l'histoire par le largage des deux bombes A sur Hiroshima et Nagasaki les 6 et 9 août 1945. Une nouvelle ère s'ouvre qui ne peut s'affranchir de l'ombre portée d'une apocalypse sans rédemption. Elle n'est pas qu'une question philosophique ou scientifique dont débattraient des intellectuels. Elle touche chacun, suscitant peurs et angoisses. Et elle fascine encore et toujours comme le donne à voir le succès du film *Oppenheimer* de Christopher Nolan en 2023.

De l'infiniment petit au cataclysme nucléaire, l'art depuis le début du 20e siècle s'est fait l'écho de cette histoire atomique qui a bouleversé le monde et nos imaginaires. C'est ce que donne à voir l'exposition «L'âge atomique. Les artistes à l'épreuve de l'histoire» au Musée d'art moderne de Paris en liant art, science et politique à travers des œuvres d'art et des documents.

L'atome renvoie étymologiquement à l'insécable. On doit à la philosophie grecque antique, en particulier à Démocrite, l'idée, reprise par Épicure ou Lucrèce, que la matière est constituée par des particules élémentaires, des atomes. Mais à la fin du 19e et au début du 20e siècle, la physique

© The Estate of Francis Bacon - Tous droits réservés -ADAGP, Paris et DACS, London, 2024 / Photo : Courtesy of Skarstedt, New York

Universal History Archive / UIG via Getty images

Francis Bacon, *Three Studies for a Portrait* (1976), Skarstedt Gallery, New York.

bouleverse cette conception. L'atome n'est plus le constituant ultime de la matière, car on découvre qu'il est lui-même constitué d'un noyau de neutrons et protons autour duquel gravitent des électrons. Cette désintégration de la matière se traduit sur le plan artistique par un travail vers des créations résolument abstraites, telles celles de Vassily Kandinsky ou de la peintre suédoise Hilma af Klint avec notamment sa série des *Atomes*, 22 dessins avec des combinations de figures. Kandinsky explique ainsi l'impact de ces nouvelles découvertes scientifiques sur sa conception du réel : « *La désintégration de l'atome était la même chose, dans mon âme, que la désintégration du monde entier. Les murs les plus épais s'écroulaient soudain. Tout devenait précaire, instable, mou* (2).» La découverte des rayons X et celle de la radioactivité par Pierre et Marie Curie frappent aussi les esprits et les arts dans leur diversité. Fascinée, la chorégraphe américaine Loïe Fuller crée ainsi une *Danse ultraviolette* et une *Danse du radium*. L'atome ici enchante le monde plus qu'il le menace.

L'ÂGE DE LA BOMBE

Tout bascule avec la découverte de la fission nucléaire et la course à la bombe dans laquelle les Américains et les nazis se sont lancés. L'humanité entre dans l'âge de la bombe. L'usage de l'arme atomique à Hiroshima et Nagasaki suscite l'effroi dont les arts se font aussi l'écho. Avec gravité et sobriété, le travail du photographe japonais Hiromi Tsuchida le donne à voir, que ce soit à travers les portraits de survivants dans sa série *Hiroshima 1945-1979* ou dans *Hiroshima Monument II* avec les images de lieux proches de l'épicentre prises à la fin des années 1970 puis dans les années 1990.

L'image du champignon nucléaire, filmé ou photographié à l'envi lors des tests menés, s'impose partout et colonise les imaginaires. L'art s'en empare aussi. Telle l'œuvre de Bruce Conner, *Bombhead* (2002), qu'emprunte l'affiche de l'exposition, dans laquelle un homme en uniforme militaire a pour tête un champignon nucléaire. Image entêtante, obsédante que ce champignon qu'on retrouve par exemple aussi dans l'explosion vibrante de l'œuvre *Atom Bomb* (1986) de l'artiste suisse Miriam Cahn.

L'art se fait l'écho des critiques de l'atome portées par des mouvements politiques contestataires, l'écologie ou l'écoféminisme. Mais aussi par la critique anticoloniale qui condamne les tests nucléaires loin des empires, du désert algérien à la Polynésie par exemple, ou l'exploitation des hommes et des ressources que montrent les photographies de Lee Marmon avec les mineurs Navajos dans les mines d'uranium de Rico (Colorado).

> « La désintégration de l'atome était la même chose, dans mon âme, que la désintégration du monde entier.»

Le développement du nucléaire civil ouvre la page de la «nucléarisation du monde» avec la dissémination de l'atome. Des centrales nucléaires apparaissent à partir de la fin des années 1950 en URSS, aux États-Unis et en Grande-Bretagne tandis que la première centrale en France voit le jour en 1963. L'art investit aussi ces nouveaux édifices. C'est ainsi l'architecte Claude Parent qui travaille à la conception des centrales françaises. Les photographies issues de la série de Jürgen Nefzger, *Fluffy Clouds* (2010), donnent à voir des paysages, en apparence anodins, où surgissent en arrière-plan des centrales nucléaires et leurs fumées de vapeur. Ces clichés rappellent ce qui est devenu une évidence: le nucléaire fait partie de nos vies quotidiennes. Non sans danger. Les

catastrophes de Tchernobyl en 1986 ou Fukushima en 2011 réactivent les peurs et mettent à mal la vision d'un nucléaire civil au service du développement humain. Avec des conséquences pour des milliers d'années. Le nucléaire met l'humanité face à une échelle de temps proprement inhumaine. La co-comissaire de l'exposition Maria Stavrinaki le rappelle avec force: «*L'humanité a vu se succéder l'âge de pierre, l'âge de bronze, l'âge de fer... L'âge de l'atome est le premier âge qui n'aura pas de fin sinon celui de la Terre elle-même.*» ●

(1) Günther Anders, *Hiroshima est partout*, Seuil, 2008.
(2) Vassily Kandinsky, *Regards sur le passé*, 1913, rééd. Hermann, 2014.

À voir, à lire

- **Exposition «L'Âge atomique. Les artistes à l'épreuve de l'histoire»**, Musée d'art moderne de Paris, 11 octobre 2024 - 9 février 2025. Commissaires d'exposition: Julia Garimorth et Maria Stavrinaki.
- **Catalogue** *L'Âge atomique. Les artistes à la preuve de l'histoire* Julia Garimorth et Maria Stavrinaki (dir.), éd. Paris Musées, 2024.

CATHERINE HALPERN

© Photo : Smithsonian American Art Museum

Justino Herrera, *That Is No Longer Our Smoke Sign*, (années 1950), Smithsonian American Art Museum and Renwick Gallery.

CHRONOLOGIE

L'ère nucléaire en 12 dates

1895 – Découverte par Wilhelm Röntgen des rayons capable de traverser la matière.
1896 – Pierre et Marie Curie, à travers l'étude du radium, découvrent la radioactivité.
1938 – Mise à jour de la fusion nucléaire par le chimiste Otto Hahn et la physicienne Lise Meitner: la collision d'un atome lourd avec un neutron libère de l'énergie.
6 et 9 août 1945 – Les États-Unis larguent deux bombes atomiques sur Hiroshima et Nagasaki.
29 août 1949 – Premier essai atomique par l'Union soviétique dans la steppe du Kazakhstan.
1er novembre 1952 – Test de la première bombe à l'hydrogène (bombe H), inventée par des chercheurs sous la direction de Edward Teller.
12 août 1953 – Premier essai d'un bombe H par les Soviétiques.
1954 – Première centrale nucléaire civile en URSS. Suivront le Royaume-Uni (1956), les États-Unis (1957) et la France (1963).
1966 – Premier essai nucléaire français en Polynésie sur l'atoll de Mururoa.
1968 – Signature du traité sur la non-prolifération des armes nucléaires.
1986 – Explosion d'un réacteur à la centrale de Tchernobyl. Le nuage radioactif s'étend sur toute l'Europe.
2011 – Fusion du cœur de plusieurs réacteurs de la centrale nucléaire de Fukushima-Daiichi après un tremblement de terre suivi d'un tsunami. ● **C.H.**

© Collection personnelle

Entretien avec **Maria Stavrinaki**

«L'âge de l'atome lie art, science et politique»

200 œuvres d'art et 300 documents inédits éclairent la démarche émancipatrice des artistes face à la possibilité d'anéantissement.

MARIA STAVRINAKI
professeure en histoire de l'art contemporain, Université de Lausanne, et co-commissaire de l'exposition « L'âge atomique. Les artistes à l'épreuve de l'histoire » avec Julia Garimorth, au Musée d'art moderne de Paris

Comment définiriez-vous le projet de l'exposition?

Notre projet aspire à donner une lecture inédite de l'art du 20e siècle et du début du 21e, à travers la manière dont la science de l'atome a pu effectivement nourrir les imaginaires les plus variés et les plus contradictoires, de l'émancipation de la matière, de l'utopie, jusqu'à l'anéantissement.

Cette histoire, vous la faites commencer bien avant la bombe atomique…

En effet, la première section de l'exposition éclaire les débuts du 20e siècle et les usages par les artistes des découvertes scientifiques dans une perspective émancipatrice. Les artistes se voient légitimés dans leur propre projet d'établir l'abstraction, de donner accès à un monde spirituel, un monde qui coïncide justement avec l'espace illimité de l'intuition humaine et qui n'est pas déterminé par les apparences naturelles. Avant la Deuxième Guerre mondiale, l'usage destructeur de la bombe est imaginé seulement par quelques auteurs de science-fiction. C'est dans le contexte géopolitique du conflit que la science va connaître une formidable accélération avec la nécessité de devancer l'Allemagne nazie et que l'atome a acquis son caractère destructeur.

Quels choix ont guidé cette exposition?

Le parti pris de la scénographie est celui de la sobriété. Nous avons par exemple fait le choix de ne pas présenter les effets de la bombe sur les corps humains. Surtout, la spécificité de cette exposition est de croiser art, sciences et politique. Nous présentons ainsi 200 œuvres d'art, mais aussi 300 documents pour la plupart inédits issus des archives. Ainsi un grand mur sur Los Alamos fait la transition vers les effets destructeurs de l'atome en montrant la constitution de ce qu'on appelle la « *big science* », une science qui mobilise des moyens extraordinaires et désormais planifiée par l'État en collaboration avec l'armée et l'industrie. Nous consacrons également une partie au Japon avec une documentation de ce qui s'est passé à Hiroshima et Nagasaki mais aussi avec les dessins des survivants de deux bombes atomiques, les *hibakusha*, ainsi que des œuvres d'artistes.

Outre les manières très différentes dont les artistes occidentaux vont traduire dans leur œuvre cette réalité après les bombes, nous donnons à voir les enjeux politiques avec la propagande américaine par exemple. Le nucléaire envahit la culture populaire et devient une réalité qui est délibérément de plus en plus banalisée et qui s'immisce dans la vie quotidienne. On bascule alors vers ce que nous nommons la «nucléarité». Elle coïncide avec l'émergence de grands courants critiques, issus de l'écologie, de l'écoféminisme mais aussi de l'anticolonialisme puisque l'histoire de l'atome s'inscrit dans les territoires coloniaux, des mines d'uranium en Afrique jusqu'aux tests dans l'océan Pacifique ou dans les déserts algériens. Dans cet âge de l'atome, art, science et politique sont bien inextricablement liés. ●

PROPOS RECUEILLIS PAR C.H.

© Photo: Claude Germain / Musée du Quai Branly – Jacques Chirac

HAÏTI

Les zombis DES MORTS BIEN VIVANTS

Les zombis existent vraiment, même s'ils sont rares ! Une exposition au musée du Quai-Branly retrace leur histoire en Haïti, et témoigne de leur succès dans l'imaginaire culturel mondial.

Myrlande Constant, *Bannière Bawson* (2005), Musée du Quai-Branly Jacques Chirac. Cette œuvre constitue un condensé des rituels se rapportant à Baron Samedi et Grande Brigitte, deux cultes vaudou d'Haïti.

Au musée du Quai-Branly, l'exposition «Zombi: la mort n'est pas une fin?», revient en détail sur un phénomène qui occupe une place de choix dans l'imaginaire mondial, comme en témoigne l'énorme succès des films de zombis, depuis *La Nuit des morts-vivants* (George Romero, 1968) jusqu'à la série *The Walking Dead* (Franck Darabont, 2010-2022). On trouve aussi ces «morts-vivants» dans la littérature, la bande dessinée, les jeux vidéo... où ils constituent souvent un moyen de critiquer férocement la société de consommation en jouant sur la peur de la mort par contagion. Pourtant, les zombis ne sont pas qu'une légende, ils existent bel et bien. Et il est essentiel de les distinguer du vaudou. Très présentes dans la culture haïtienne, les pratiques de sorcellerie impliquant des zombis ne sont pas directement liées à la religion vaudoue, elles se situent plutôt dans ses marges.

L'exposition distingue donc les deux registres: vaudou et zombi. Avec la traite négrière et le commerce triangulaire, le vaudun, une religion traditionnelle d'Afrique de l'Ouest, s'est répandue dans les Caraïbes et les Amériques: candomblé et macumba au Brésil, santeria à Cuba, quimbois dans les Antilles françaises, hoodoo à la Nouvelle-Orléans. En Haïti, il s'hybride avec le catholicisme et la tradition précolombienne des Taïnos pour donner le vaudou, pratiqué au départ de manière secrète, dans une optique de résistance à l'ordre colonial. L'imaginaire occidental a tendance à réduire le vaudou aux clichés de l'utilisation de poupées ou de pattes de poulet... Il s'agit pourtant d'une véritable religion, composée de temples, d'un clergé, de plusieurs panthéons (et de dieux comme Mami Wata, Maman Brigitte, Papa Legba...), de rituels accompagnant naissances et décès, ce qui constitue le ciment de la société haïtienne. La pratique de la transe y est centrale: lors des rituels, les adeptes sont possédés par les divinités (*loas*).

SORCELLERIE ET ZOMBIS

Reste un ensemble d'éléments exotiques et fascinants pour le spectateur, qui existent en marge de la religion officielle. Et en particulier les rituels de sorcellerie et le monde des zombis. Pour comprendre leur importance, il faut se dire que la mort occupe une place centrale dans les représentations haïtiennes, dans ce pays extrêmement pauvre où la mortalité infantile est élevée et l'espérance de vie faible. Devant l'omniprésence quotidienne de la mort, chacun est en quelque sorte sommé de réussir son trépas. Ce qui peut amener le défunt à devenir un dieu protecteur de la communauté. Mais, si les choses se passent mal, il se peut que son âme erre sans fin **(1)**... Les coupables d'un crime grave risquent même un châtiment pire que la mort, en étant transformée en zombi, en mort-vivant. Il ne s'agit pas ici de pure fiction, comme on pourrait le croire naïvement. Dans les années 1980, un ethnobotaniste canadien, Wade Davis, et un haut dignitaire vaudou, Max Beauvoir, ont découvert que les zombis n'étaient pas qu'une légende, qu'ils constituaient un phénomène bien réel. Le zombi est une personne subissant une punition, plongée dans un état d'apathie profonde à l'aide de drogues, et réduite en esclavage par un sorcier, possiblement pendant des années (*lire entretien p. 96*). L'exposition au Quai-Branly tâche de restituer le contexte culturel qui explique la peur que suscitent les rares cas de zombis en Haïti. Sont exposés des fétiches protégeant de la zombification, et des poupées à base de cornes de vaches, tissus, jouets d'enfants, crânes humains... destinées à jeter des sorts. On y trouve aussi une reconstitution d'un cimetière haïtien, avec des sortilèges (*roga*) disposés sur les tombes. Ceux-ci se trouvent aussi aux carrefours des routes, au pied des grands arbres: en les voyant, la personne à qui ils sont destinés comprend tout de suite la menace qui pèse sur elle. Interviennent ici les sociétés secrètes, constituées de certains adeptes du vaudou. Par exemple, les soldats de la société Bizango menacent de transformer tout auteur d'un crime grave en zombi. Mais le font-ils systématiquement? On navigue souvent entre le fantasme et la réalité. Ainsi, une des plus étonnantes sociétés est celle de François Duvalier, dit «Papa Doc», et de son fils, «Baby Doc», qui a utilisé dans un but de contrôle politique la crainte des sorciers zombificateurs. Entre 1957 et 1986, ils ont dirigé le pays d'une main de fer, en entretenant la légende d'une armée constituée d'êtres surnaturels, une faction secrète (en réalité inexistante) de la milice paramilitaire des Tontons Macoutes. Quoi qu'il en soit, cette exposition nous confirme ce qu'avait montré jadis l'ethnologue Marcel Mauss **(2)**: la peur de mourir peut mener véritablement à la mort – quitte à passer, comme en Haïti, par un état intermédiaire de mort-vivant. ●

(1) Philippe Charlier, *Zombis. Enquête sur les morts-vivants*, Tallandier, 2015.
(2) Marcel Mauss, «Effets physiques de l'idée de mort suggérée par la collectivité» (1926), dans *Les Techniques du corps*, 1934, rééd. Payot, 2021.

RÉGIS MEYRAN

Gabriel Bien-Aimé, *Grande Brigitte et Baron Samedi* (1988), Musée du Quai-Branly Jacques Chirac.

© Photo: Claude Germain / Musée du Quai Branly – Jacques Chirac

Entretien avec Philippe Charlier

«Comment devient-on un zombi en Haïti?»

Comme l'explique le commissaire de l'exposition « Zombis – La mort n'est pas une fin », la « zombification » est une punition administrée par les sorciers, en marge de la religion vaudou.

PHILIPPE CHARLIER
Anthropologue et commissaire d'exposition.

Statuette d'un personnage Bizango, (Haïti, début du 21e siècle), Musée du Quai-Branly Jacques Chirac.

Qui est susceptible d'être zombifié?
À l'origine, le zombi (*nzambi*) est, en Afrique subsaharienne, un mot qui désigne un esprit ou le fantôme d'un mort. Mais en Haïti, il a pris de nombreux sens différents. Le sens le plus classique est celui de «zombi-cathédrale». Prenez un individu qui fait le mal: un violeur, un assassin ou un homme qui a vendu une terre qui ne lui appartient pas. La victime du crime se tourne alors vers la société Bizango: dès lors, la personne incriminée est convoquée devant une sorte de tribunal. Et si elle ne rentre pas dans le droit chemin, malgré les signes d'alerte (*ouanga*), les sortilèges (à l'aide de poupées vaudoues) et ce tribunal, elle risque la zombification.

Pouvez-vous décrire la «zombification» d'une personne?
La personne condamnée par la société secrète est droguée au moyen d'un cocktail de substances diverses. Certaines sont inoffensives, comme la poudre d'ossements humains pris dans un cimetière; d'autres sont plus dangereuses comme l'extrait de poisson fugu. Dans les années 1980, l'ethnobotaniste Wade Davis pensait qu'il était mortel pour l'être humain. Mais on sait aujourd'hui qu'il faut lui ajouter d'autres substances urticantes, comme la bave de crapaud, pour qu'il soit actif. Surtout, la part de suggestion y est centrale: si une personne croit à la sorcellerie et qu'elle trouve une patte de poulet sanguinolente sur son paillasson, elle a pour ainsi dire déjà un pied dans la tombe!
Une fois droguée, la personne est enterrée vivante dans un cercueil, tout en étant consciente, avec les yeux grands ouverts mais incapable de bouger. Puis le sorcier l'en sort pour la maintenir en captivité, en mélangeant diverses drogues à sa nourriture, créant ainsi un état d'hébétude. Il travaille alors au service du sorcier pendant des années, dans une usine ou un champ de canne à sucre. Le zombi peut finalement décéder. Mais si le sorcier meurt avant lui, il peut reprendre conscience, s'échapper et errer dans la nature! La zombification est condamnée par le Code pénal haïtien, et cette pratique est en réalité très rare. Mais la peur d'être zombifié est très puissante en Haïti.

Quels sont les autres types de zombis?
Il existe le «zombi criminel»: l'individu est victime de la même drogue, mais il s'agit de punir quelqu'un qui n'a pas fait de mal. C'est par exemple la belle-mère qui veut se débarrasser de son gendre. Il existe aussi le «zombi psychiatrique», une personne internée en hôpital car persuadée d'être morte, mais qui n'a pas été zombifiée. Enfin, on trouve le «zombi social»: un individu qui joue le rôle d'une personne ayant disparu, par exemple lors d'une catastrophe comme un cyclone, qui prend sa place auprès de la famille du disparu, laquelle fait semblant de le reconnaître. Quand on cumule ces quatre types de zombis, on peut arriver à plusieurs dizaines de milliers d'individus, c'est dire l'importance du phénomène! ●

PROPOS RECUEILLIS PAR R.M.

© Collection personnelle

© Photo: Thierry Ollivier, Michel Urtado / Musée du Quai Branly – Jacques Chirac

En bref

© Jules Beautemps / La Camara Oscura

THÉÂTRE

JEUNESSE PERDUE À MAYOTTE

Comment dire au théâtre la violence et la réalité cruelle à laquelle fait face Mayotte ? C'est le roman puissant de Natacha Appanah, *Tropique de la violence* (2016), qu'Alexandre Zeff a adapté au théâtre de la Cité internationale et que la captation disponible sur France TV permet de découvrir ou redécouvrir. Le metteur en scène reprend à travers les monologues qui se succèdent la polyphonie du roman. Les voix se croisent et donnent à voir une mécanique implacable qui ne laisse espérer aucune issue heureuse. Il y a Marie, infirmière venue de métropole en mal d'enfant à qui une mère arrivée des Comores dans une embarcation de fortune confie son nourrisson. Il y a Moïse, cet enfant devenu adolescent, qui à la mort de sa mère adoptive se réfugie à Gaza, bidonville de Mamoudzou. Il y a la voix de Bruce, le chef de bande aigri et brutal sous la coupe duquel tombe Moïse. Il y a aussi celle de Stéphane, travailleur humanitaire impuissant à rompre le cycle de la violence… Magnétique, la pièce, à travers le jeu intense des acteurs, les percussions puissantes et la mise en scène sobre et forte, donne à voir la violence et la misère d'une jeunesse sacrifiée. ● **C.H.**

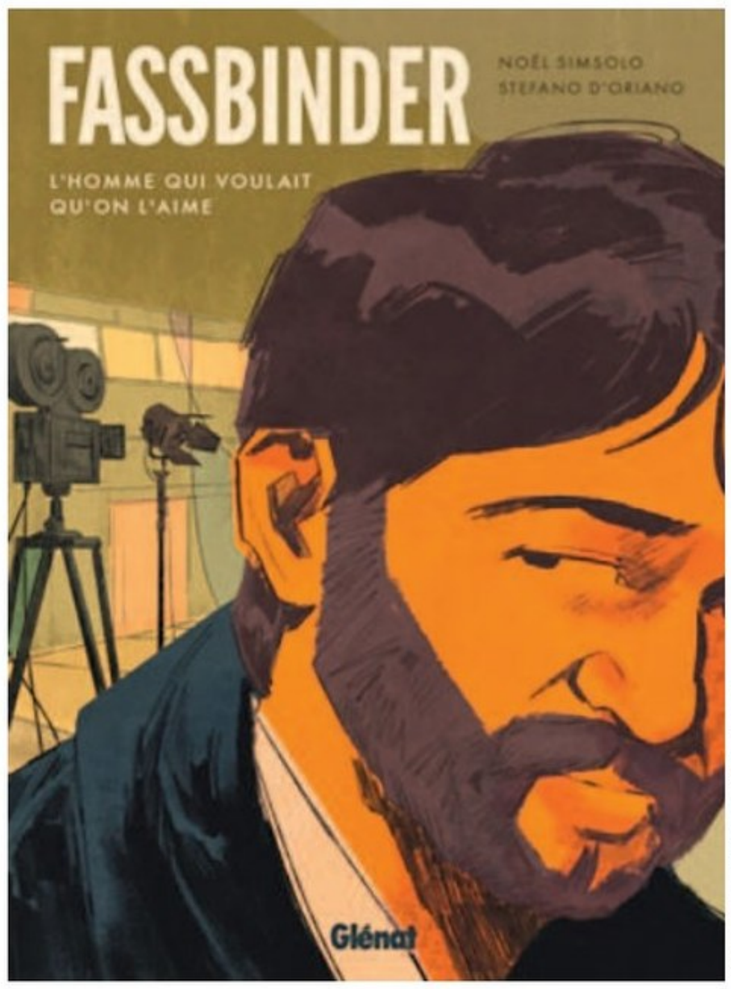
Tropique de la violence, pièce mise en scène par Alexandre Zeff, réalisation par Greg Germain, 84 minutes, disponible sur France TV jusqu'au 20 février 2025.

BD

Fassbinder en BD

Les cinéphiles connaissent bien l'œuvre de l'enfant terrible du cinéma allemand qu'est Rainer Werner Fassbinder. Noël Simsolo, qui fut son ami, revient avec le concours du dessinateur Stefano d'Oriano sur son parcours. Leur bande dessinée éclaire une vie tourmentée, en rupture, tout comme son cinéma, avec les conventions sociales. On découvre un boulimique, un bourreau de travail à la fois acteur, auteur, metteur en scène. Il meurt en 1982 à 37 ans en laissant plus de 40 longs métrages qui, des *Larmes amères de Petra von Kant* (1972) au *Secret de Veronika Voss* (1982), marquent l'histoire du cinéma. ● **C.H.**

Fassbinder. L'homme qui voulait qu'on l'aime,
Noël Simsolo et Stefano d'Oriano, Glénat, 2024, 224 p., 26 euros.



© Simsolo et D'Oriano / Glénat 2024

MOOC

Entrepreneuriat culturel

Proposé par l'École d'affaires publiques de SciencesPo et le ministère de la Culture, le mooc *Entreprendre dans les industries culturelles à l'ère du numérique*, de cours d'enseignants en interviews d'experts, donne les clés à ceux qui souhaiteraient se lancer. Accessible à un niveau débutant, sans prérequis, il permet de mieux comprendre ce que sont les industries culturelles et leurs spécificités par rapport aux autres secteurs, qu'il s'agisse de l'édition, du cinéma ou du jeu vidéo, et de mieux appréhender les consommations culturelles aujourd'hui. Il offre également des outils pour penser son modèle entrepreneurial, identifier et actionner les leviers de financements, promouvoir et distribuer ses biens culturels. De quoi susciter bien des vocations et projets ! ● **C.H.**

Entreprendre dans les industries culturelles à l'ère du numérique, mooc, SciencesPo, disponible sur la plateforme Coursera.

SUR LE WEB

Art pour tous

Courtes, pédagogiques et pêchues, les vidéos de Laure Bernard sur YouTube explorent l'art contemporain pour le mettre à la portée du plus grand nombre. Avec un enthousiasme communicatif, elle arpents des sujets très divers et bien anglés. Pourquoi des œuvres d'art sont-elles vandalisées ? Est-ce que l'art était mieux avant ? Faut-il séparer l'artiste de l'œuvre ? Est-ce que bien dessiner, c'est de l'art ? Que des bonnes questions… ● **C.H.**

Chaîne ***Art comptant pour rien***, YouTube.

© DR / Capture d'écran SH

© Keystone-France / Gamma-Keystone via Getty Images

Luis Mariano dans *Le Chanteur De Mexico* (vers 1955).

PODCAST

AH, L'OPÉRETTE !

Pour beaucoup, l'opérette rime avec Louis Mariano auquel sont associés quelques airs célèbres tel *La Belle de Cadix*. Les mélomanes songent bien sûr aussi à Jacques Offenbach, le grand maître du genre avec par exemple *La Vie parisienne* ou *La Belle Hélène*. Inspiré de l'opéra, mais avec une forme simple et populaire, ce genre est né à Paris sous le Second Empire et rencontre un immense succès. L'opérette s'exporte à Vienne, par exemple avec Johann Strauss, mais aussi en Angleterre puis en Union soviétique. C'est l'histoire souvent méconnue de ce genre parfois méprisé qu'éclaire, à travers sept épisodes, Benoît Duteurtre, infortunément décédé cet été. Les années 1950 voient de grands succès populaires tel *Le Chanteur de Mexico* interprété par Louis Mariano. Ce sont les derniers feux de ce genre populaire et haut en couleur, mais qui n'a peut-être pas dit son dernier mot. ● **C.H.**

Benoît Duteurtre, ***La Grande Histoire de l'opérette,*** série pour France Culture, 7 épisodes de 88 minutes.

EN VENTE CHEZ VOTRE MARCHAND DE JOURNAUX
ET SUR ABONNEMENT

ÇA FAIT DU BIEN DE TOURNER LA PAGE

INFORMER. DIVERTIR. APPROFONDIR.

PRIX RELAY-SEPM DES **MAGAZINES** DE L'ANNÉE 2024

RELAY

sepm SYNDICAT DES ÉDITEURS DE LA PRESSE MAGAZINE

LES MAGAZINES DE L'ANNÉE 2024

Découvrez chez RELAY les **magazines** de l'année.

Madame Bovary